



Universidad Nacional Mayor de San Marcos

Universidad del Perú. Decana de América

Facultad de Odontología

Escuela Académico Profesional de Odontología

**Información y actitud de los médicos de Hospitales
Nivel III-1 del Cercado de Lima sobre manejo
inmediato de avulsiones dentarias en niño**

TESIS

Para optar el Título Profesional de Cirujano Dentista

AUTOR

Héctor Miguel CANTURINI COLMENARES

ASESOR

María Elena NÚÑEZ LIZÁRRAGA DE BECERRA

Lima, Perú

2016



Reconocimiento - No Comercial - Compartir Igual - Sin restricciones adicionales

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

Usted puede distribuir, remezclar, retocar, y crear a partir del documento original de modo no comercial, siempre y cuando se dé crédito al autor del documento y se licencien las nuevas creaciones bajo las mismas condiciones. No se permite aplicar términos legales o medidas tecnológicas que restrinjan legalmente a otros a hacer cualquier cosa que permita esta licencia.

Referencia bibliográfica

Canturini H. Información y actitud de los médicos de Hospitales Nivel III-1 del Cercado de Lima sobre manejo inmediato de avulsiones dentarias en niño [Tesis de pregrado]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Odontología, Escuela Académico Profesional de Odontología; 2016.



UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS
(Universidad del Perú, DECANA DE AMÉRICA)
FACULTAD DE ODONTOLOGIA
UNIDAD DE ASESORÍA Y ORIENTACIÓN DEL ESTUDIANTE



ACTA

Los Docentes que suscriben, reunidos el siete de julio del 2016, por encargo del Sr. Decano de la Facultad, con el objeto de constituir el Jurado de Sustentación para obtener el Título Profesional de Cirujano Dentista del Bachiller:

CANTURINI COLMENARES, Héctor Miguel

CERTIFICAN:

Que, luego de la Sustentación de la Tesis « **INFORMACIÓN Y ACTITUD DE LOS MÉDICOS DE HOSPITALES NIVEL III-1 DEL CERCADO DE LIMA SOBRE MANEJO INMEDIATO DE AVULSIONES DENTARIAS EN NIÑOS** » y habiendo absuelto las preguntas formuladas, demuestra un grado de aprovechamiento sobresaliente, siendo calificado con un promedio de: diecinueve 19,
(en letras) (en números)

En tal virtud, firmamos en la Ciudad Universitaria, a los siete días del mes de julio del dos mil dieciséis.

PRESIDENTE DEL JURADO

Dolores B

Mg. C.D. ~~Dalia~~ Olinda Huapaya Paricoto

MIEMBRO

Pedro M. Villavicencio

C.D. Pedro Manuel Villavicencio Gallardo

MIEMBRO (ASESOR)

Maria Elena

Mg. C.D. María Elena Núñez Lizarraga

Escala de calificación: Grado de Aprovechamiento:

Sobresaliente (18-20), Bueno (15-17), Regular (12-14), Desaprobado (11 ó menos)

Criterios : Originalidad, Exposición, Dominio del Tema, Respuestas.

Miembros del Jurado:

Mg. Delia Olinda Huapaya Paricoto

PRESIDENTE

CD. Pedro Manuel Villavicencio Gallardo

MIEMBRO

Mg. María Elena Núñez Lizárraga

MIEMBRO ASESOR

A Dios, siempre bueno y fiel

A mi madre por su apoyo incondicional y siempre alentarme

A mi familia y amigos.

AGRADECIMIENTOS

A Dios por darme esperanza, fe, vida y amor incondicional; a Jesús quien se llevó a la cruz todas mis penas y temores, por perdonarme todos mis errores y ser desde siempre mi amigo, y al Espíritu Santo por ser mi consuelo y mi gozo en momentos difíciles. Por todo ello con toda la humildad de corazón quiero dedicar este trabajo en primer lugar a Dios.

A mi madre, quien me concibió y me llevó en su vientre, aquella persona quien siempre creyó en mí y no dudó ni un solo instante de que podía lograr mis objetivos, por formarme desde nacido, por ser mi empuje y un clarísimo ejemplo de amor, esfuerzo y dedicación. Es por eso y muchísimas otras cosas más que quiero honrarla a través de estas líneas.

A Mi familia por sus buenos deseos, y quererme mucho, realmente los considero como uno de los mejores regalos que Dios me dio en la vida.

A mis amigos, hermanos y líderes, por formar en mí una clara visión y propósito de vida.

A mi Alma Mater, La Universidad Nacional Mayor de San Marcos, mi querida Facultad de Odontología y todo lo que concierne en ella: profesores, compañeros y alumnos por formarme como profesional durante todo mi periodo universitario.

A todas las personas que me ayudaron para la realización de este trabajo, miembros del jurado: Dra. Maria Elena Nuñez, Dra. Olinda Huapaya y el Dr. Pedro Villavicencio; y a las personas que contribuyeron de forma voluntaria y de buena fe para el desarrollo de esta tesis.

RESUMEN

El propósito de este estudio fue determinar el nivel de información y la actitud de los médicos de hospitales nivel III-1 del Cercado de Lima sobre manejo inmediato de avulsiones dentarias en niños, asimismo determinar si existe relación entre las dos variables. La muestra estuvo conformada por 89 médicos distribuidos en hospitales nivel III-1 del Cercado de Lima: Hospital Nacional Arzobispo Loayza, Hospital Nacional Docente Madre Niño “San Bartolomé” y el Hospital Nacional Dos de Mayo.

Se utilizó un cuestionario validado por expertos que contenía 18 preguntas objetivas de alternativa múltiple, una primera parte que constaba de 10 preguntas que calificaban el conocimiento sobre el tema, y una segunda parte que constaba de 8 preguntas que medían la actitud distribuidas en dos casos de niños accidentados con avulsión dentaria. Para el test de conocimientos se halló un nivel de información regular en los médicos con un 53,9% y un nivel de información bueno solo en un 2,2%; para actitud en el primer caso se encontró que el 70,8% poseen una actitud indecisa y el 29,2% poseen una actitud adecuada, mientras que para el segundo caso se halló una actitud indecisa en el 84,3% y una actitud adecuada solo en el 15,7%. Adicionalmente se concluyó que el nivel de información tiene una relación directa estadísticamente significativa con la actitud. Se recomienda que los médicos reciban mayor información y una capacitación adecuada en primeros auxilios estomatológicos, solo de esta manera se podría garantizar un mejor tratamiento en los niños y un mejor pronóstico de las piezas dentales avulsionadas.

Palabras clave: Avulsión dentaria, traumatismos, conocimientos, actitudes, médicos, urgencias, epidemiología.

ABSTRACT

The purpose of this study was to determine the level of information and attitude of hospitals III-1 level doctors of Cercado de Lima on immediate management of dental avulsion in children also determine whether there is a relationship between the two variables. The sample consisted of 89 physicians distributed in hospitals III-1 level Cercado de Lima: Hospital Nacional Arzobispo Loayza, Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolome" and Hospital Nacional Dos de Mayo.

Validated by experts questionnaire containing 18 objective questions multiple alternative, a first part consisted of 10 questions that qualified knowledge on the subject, and a second part consisted of 8 questions measuring attitude on two cases was used children with tooth avulsion injured. Knowledge test for a level of regular information was found in 53.9% physicians and a good level of information only 2.2%; for attitude in the first case it was found that 70.8% have an indecisive attitude and 29.2% have a proper attitude, while in the second case an indecisive attitude was found in 84.3% and a proper attitude only 15.7%. In addition it was concluded that the level of information has a statistically significant relationship with attitude. It is recommended that physicians receive more information and adequate training in first aid stomatological only in this way could ensure better treatment for children and a better prognosis of avulsed teeth.

Keywords: tooth avulsion, trauma, knowledge, attitudes, medical, emergency, epidemiology

TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN.....	1
I. MARCO TEÓRICO.....	2
1.1 ANTECEDENTES.....	2
1.2 BASES TEÓRICAS.....	8
1.2.1 HISTORIA NATURAL DEL ACCIDENTE.....	8
1.2.2 PREVALENCIA.....	9
1.2.3 FACTORES PREDISPONENTES.....	10
1.2.4 DENTICIÓN AFECTADA.....	11
1.2.5 AVULSIÓN DENTARIA.....	12
1.2.5.1 EPIDEMIOLOGÍA DE LA AVULSIÓN.....	14
1.2.5.2 CLASIFICACIÓN SEGÚN ANDREASEN.....	16
1.2.5.3 CLASIFICACIÓN SEGÚN ELIS Y DAVEY.....	16
1.2.6 SECUELAS CLÍNICAS, ECONÓMICAS Y SOCIALES.....	18
1.2.7 PROTOCOLOS DE ATENCIÓN DEL NIÑO CON TRAUMA.....	21
1.2.7.1 HISTORIA CLÍNICA.....	22
1.2.7.2 EXAMEN CLÍNICO GENERAL.....	22
1.2.7.2 EXAMEN CLÍNICO ESTOMATOLÓGICO.....	23
1.2.7.3 EXAMEN RADIOGRÁFICO.....	23
1.2.8 REIMPLANTE DE UN DIENTE PERMANENTE.....	26
1.2.9 REIMPLANTE DE UN DIENTE PRIMARIO.....	27
1.2.10 ACTITUD Y ESCALA DE LIKERT.....	30
1.3 PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	32
1.3.1 AREA PROBLEMA.....	32
1.3.2 DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA.....	33
1.3.3 FORMULACION DEL PROBLEMA.....	33
1.4 JUSTIFICACIÓN.....	33
1.5 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	35
1.5.1 OBJETIVO GENERAL.....	35
1.5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	35
1.6 LIMITACIONES.....	35
1.7 HIPÓTESIS.....	35

1.7.1 HIPÓTESIS GENERAL.....	35
1.7.2 HIPÓTESIS ESPECÍFICAS.....	35
1.7.3 HIPÓTESIS NULA.....	36
1.8 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	37
II. DISEÑO METODOLÓGICO.....	39
2.1 TIPO DE ESTUDIO.....	39
2.2 POBLACIÓN Y MUESTRA.....	39
2.3 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN.....	40
2.3.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN.....	40
2.3.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.....	40
2.4 MATERIALES Y MÉTODOS.....	40
2.4.1 PROCEDIMIENTOS Y TÉCNICAS.....	40
2.4.2 VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DE INSTRUMENTO.....	43
2.4.3 RECOLECCIÓN DE DATOS.....	43
2.5 PROCESAMIENTO DE DATOS.....	43
2.6 ANÁLISIS DE DATOS.....	43
2.7 ASPECTOS ÉTICOS.....	44
III. RESULTADOS.....	45
IV. DISCUSION.....	65
V. CONCLUSIONES.....	71
VI. RECOMENDACIONES.....	72
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	73
ANEXOS.....	80

LISTADO DE ANEXOS

ANEXO 1 CUESTIONARIO

ANEXO 2 INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO

ANEXO 3 FORMATO DE VALIDEZ DE INSTRUMENTO

ANEXO 4

- Cuadro 24. Proporción de respuestas correctas e incorrectas de los médicos en nivel de información obtenidos después de aplicar el cuestionario (Pregunta 1 al 10)
- Cuadro 25. Proporción de respuestas de actitud de los médicos ante el primer caso de avulsión dentaria obtenidos después de aplicar el cuestionario (Pregunta 11 al 14)
- Cuadro 26. Proporción de respuestas de actitud de los médicos ante el segundo caso de avulsión dentaria obtenidos después de aplicar el cuestionario (Pregunta 15 al 18)
- Cuadro 27. Proporción de puntajes totales de los médicos en nivel de información obtenidos después de aplicar el cuestionario
- Cuadro 28. Proporción de puntajes totales de los médicos en actitud ante el primer caso de avulsión dentaria obtenidos después de aplicar el cuestionario
- Cuadro 29. Proporción de puntajes totales de los médicos en actitud ante el segundo caso de avulsión dentaria obtenidos después de aplicar el cuestionario

ANEXO 5

- Fig. 1 Proporción de médicos de acuerdo a género
- Fig. 2 Proporción de médicos de acuerdo a edad
- Fig. 3 Proporción de médicos de acuerdo a grado académico
- Fig. 4 Proporción de médicos de acuerdo a especialidad
- Fig. 5 Proporción de médicos de acuerdo a experiencia profesional
- Fig. 6 Proporción de médicos de acuerdo a su nivel de información
- Fig. 7 Proporción de médicos de acuerdo a su actitud ante el primer caso de avulsión dentaria
- Fig. 8 Proporción de médicos de acuerdo a su actitud ante el segundo caso de avulsión dentaria
- Fig. 9 Distribución de los médicos participantes por hospital
- Fig. 10 Nivel de información vs Actitud 1
- Fig. 11 Nivel de información vs Actitud 2

ANEXO 6

- Formatos de Validez de Instrumento llenados por expertos de la facultad de Odontología de la UNMSM
- Documento que certifica la aprobación y ejecución de la prueba piloto en el INSN
- Documento que certifica la aprobación y ejecución en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza
- Documento que certifica la aprobación y ejecución en el Hospital Nacional Madre Niño “San Bartolomé”
- Documento que certifica la aprobación y ejecución en el Hospital Nacional Dos de Mayo

INTRODUCCIÓN

La avulsión dentaria es uno de los problemas salud oral de mayor importancia durante la niñez, que debido a la edad se encuentran más vulnerables a cualquier tipo de accidentes. Hay muchos factores involucrados en la historia natural del accidente que origina la lesión traumática que incluye dolor y sufrimiento, así como los efectos del crecimiento y la rehabilitación dental que afectan a la familia por años, ya que algunas opciones de tratamiento rehabilitador tienen que ser postergadas hasta obtener la madurez esquelética, por ejemplo el tratamiento para reemplazar un incisivo central permanente avulsionado puede implicar tratamientos restaurativos, ortodóncicos o quirúrgicos que pueden durar varios años, por lo tanto, cuando está situación se produce a temprana edad ellos tienen que asimilar el estigma de ser desdentados entre sus pares desde la niñez, consecuencias que afectan su desarrollo psicosocial y autoestima.

Cuando se trata de manejo inmediato ante este tipo de sucesos, muy frecuentemente, éste cae en manos de personas inexpertas como los padres, tutores, profesores quienes se desenvuelven en los respectivos ambientes donde ocurrió el accidente existiendo una tendencia muy marcada por llevar a los niños a un hospital en donde son atendidos rápidamente por el personal médico quienes no cuentan con el protocolo de manejo adecuado específico para éste tratamiento.

En el Perú existe un protocolo de manejo inmediato de lesiones dentarias traumáticas pero no se encuentra difundida a los médicos y otros profesionales de la salud por lo que no se garantizaría la viabilidad del diente avulsionado debido a la falta de una correcta actitud terapéutica frente a ésta urgencia. Es por esta razón que en este estudio se busca evaluar el nivel de información de los médicos y dependiendo de esto cuál sería su actitud frente a estos accidentes, para así sugerir a las instituciones odontológicas a difundir información para poder capacitar a estos profesionales de la salud.

I. MARCO TEÓRICO

1.1 ANTECEDENTES

WALKER A y BRENCHLEY J. (2000) En Reino Unido se encuestó a 11 médicos, 22 enfermeras de pediatría y emergencia de un hospital y a 21 padres de pacientes pediátricos en dos hospitales. El 81 % de los padres no habían recibido consejos sobre avulsión, el 33 % de los padres conocía la edad de erupción de los incisivos permanentes, el 57 % de los padres mantendría el diente avulsionado en un medio húmedo, el 33% lo mantendría en un medio seco y solo el 33 % intentaría reimplantar el diente avulsionado, el 14 % lo frotaría para limpiarlo y el 85 % acudiría a su dentista particular por tal emergencia. En los profesionales el 33 % había recibido consejo sobre avulsión y con respecto a reimplantar el diente avulsionado sólo el 10 % creía que 2 horas era lo ideal. Se concluye que los padres y profesionales inexpertos han recibido poca información sobre los dientes avulsionados y parece haber una cierta confusión entre ambos grupos en cuanto a la acción a tomar cuando se presenta este problema. Las campañas educativas son necesarias, además los profesionales que tratan niños sentían que una hoja de protocolo para estos casos los ayudaría más eficazmente³

HOLAN G y SHMUELI Y. (2003) Enviaron un cuestionario a los directores de hospitales de Israel, indagando por el personal médico de emergencia, disponibilidad de servicio dental interno y existencia de un protocolo para el tratamiento de dientes avulsionado. Otro cuestionario se envió a 335 médicos de emergencia de esos hospitales que incluyó preguntas demográficas y en relación a sus conocimientos sobre el tratamiento de dientes avulsionados. Los resultados demostraron que sólo el 4 % podrían proveer un tratamiento inicial apropiado, y que si fuese seguido por el tratamiento dental, se podría salvar el diente avulsionado. La única asociación encontrada para este conocimiento fue tener un dentista cercano o estar casado con uno⁴

AYÇA U y HASAN Ö. (2011) Evaluaron el conocimiento de los médicos de emergencias de hospitales de Samsun, Turquía en cuanto a su posible papel en el tratamiento de las lesiones por avulsión traumáticas dentarias (TTAI). Se elaboró un cuestionario de 15 ítems se distribuyó a las salas de emergencia de una universidad y 10 hospitales públicos. El cuestionario abarcó: datos sobre los perfiles profesionales de los encuestados y el conocimiento percibido autopercebida y el conocimiento real de la gestión de emergencias de TTAls. El estudio se llevó a cabo con 69 médicos presentes en sus lugares de trabajo de emergencia durante la época de la recolección de datos. De estos, 55 (79,7 %) estaban empleados en los hospitales públicos y 14 (20,3 %) de un hospital universitario. Los perfiles profesionales indicaron que 47 (68,1 %) de los participantes eran médicos generales y los 22 restantes (31,9 %) se distribuyen entre varias otras especialidades médicas. En total, 28 de los encuestados (40,6%) consideraron que su conocimiento sobre el tratamiento médico para TTAI como insuficiente, y la mayoría (78,3%) afirmaron que les gustaría más educación. Es importante destacar que una gran mayoría de los profesionales no pudo proporcionar respuestas correctas a preguntas relacionadas con el manejo de emergencias de TTAI. En conclusión existe una necesidad de mejorar el conocimiento de los médicos de medicina de emergencia en relación con el tratamiento de emergencia para TTAI¹³

NEEDLEMAN H y STUCENSKI K. (2012) Evaluaron los recursos de los servicios de urgencias de Massachusetts (MED) para lesiones dentales traumáticas (LDT); determinaron el conocimiento de la gestión de LDT entre los médicos (MED) e investigaron los posibles factores que afectan a su conocimiento. Las encuestas fueron enviadas por correo a los directores MED y a sus médicos. La encuesta contenía preguntas para el director respecto a la información institucional de cada departamento de emergencia (MED). Y preguntas sobre las características del médico y se prueba su conocimiento de la gestión de los traumatismos dentales. En los resultados sólo el 50 % de los médicos tenían cobertura dental en el lugar, el 43,8 %

tenían 24 h cobertura dental en otro lugar pero ninguno tenía un protocolo de trauma dental formal por escrito. El conocimiento del médico MED en una adecuada gestión de luxaciones y avulsiones en general es bueno, pero pobre para las fracturas dentales. El conocimiento del médico MED para la naturaleza emergente de las diversas lesiones en general es bueno que con la de avulsiones. Los médicos eran más propensos a tener un mejor conocimiento de la gestión de los traumatismos dentales si eran especialistas en medicina pediátrica de emergencia. Se concluyó que deberían llevarse a cabo campañas educativas para mejorar los recursos disponibles para los servicios de urgencias, y el conocimiento de los médicos con respecto a la gestión de emergencias de LDT¹⁵

HOPE B. y col. (2013) El objetivo del estudio fue evaluar los conocimientos, actitudes y experiencia profesional de pediatras chilenos en relación a la salud oral infantil. Se aplicó una encuesta a 164 pediatras asistentes al 50 Congreso Chileno de Pediatría. La encuesta incluyó datos demográficos, aspectos relacionados con su conocimiento sobre terapias preventivas en salud oral, su opinión sobre su rol en promoción de salud oral, su experiencia para detectar problemas orales y barreras existentes al referir pacientes al odontólogo. Los resultados mostraron que el 64% de los encuestados reportaron diagnosticar caries en preescolares al menos una vez al mes. El 51,53% estaba de acuerdo con derivar al odontólogo al niño al año de edad, sin embargo, 55,82% reportó dificultad al referir pacientes menores de 2 años. Sólo 3% respondió correctamente todas las preguntas sobre conocimiento. 66,87% nunca recibió instrucción en salud oral durante su formación como especialista. A pesar que los pediatras asumen que la salud oral es un aspecto importante de la salud general y que se enfrentan frecuentemente a patologías orales, reconocen que no cuentan con los conocimientos y estrategias de derivación oportuna, para participar de la prevención de ellas.⁶¹

RAOOF M y VAKILIAN A. (2012) Este estudio se realizó para evaluar el conocimiento del trauma dental entre los dentistas y médicos. Un cuestionario de tres partes, incluyendo datos demográficos, el conocimiento y la auto-evaluación, se administró a 104 odontólogos y 151 médicos en la provincia de Kerman, Irán. Los datos obtenidos de 255 cuestionarios completados. Entre los médicos, sólo catorce (9,3%) habían recibido educación sobre trauma dental. Por el contrario, setenta y siete dentistas (74%) habían recibido información sobre qué hacer si un diente está traumatizada. En cuanto a nivel de conocimiento, sólo el 10,6% de los médicos tenía conocimiento alto, mientras que el 66,3% de los dentistas demostró alto conocimiento. Las diferencias de nivel de conocimiento entre los dos grupos fueron estadísticamente significativas ($p = 0,0001$). Más de la mitad de los dentistas (58,3%) y casi todos los médicos (98,7%) estaban satisfechos con su nivel de conocimientos y sugirieron que se debe ofrecer una mayor educación sobre el tema¹⁶

GRANVILLE A y SOARES J. (2009) Se evaluó el conocimiento sobre avulsión y reimplante dentario a 148 cirujanos dentistas brasileños en Caruaru, Pernambuco, Brasil. Se utilizó un cuestionario de 14 ítems analizados por estadística descriptiva e inferencial. Entre los resultados se encontró que respecto a la avulsión de los dientes primarios el 40.3% de dentistas no lo reimplantarían, en cuanto a el reimplante de dientes permanentes la mayoría de profesionales (92.3%) optaría por el reimplante; se llegó a la conclusión que la mayoría de dentistas demuestran tener conocimientos respecto a los conocimientos de los procedimientos básicos sea en deciduos o permanentes independientemente de su experiencia profesional ¹⁰

YANXIANG Z y YI G. (2010) Se evaluó la experiencia profesional y el conocimiento de la gestión de emergencias de los dentistas que trabajan en las zonas urbanas y suburbanas de Beijing, China. Se elaboró un cuestionario de dos partes, se distribuyó a 175 dentistas de zonas urbanas y 99 dentistas de zonas suburbanas en Beijing. La primera parte contenía información personal y profesional de los dentistas

participantes. La segunda parte evalúa su grado de conocimiento sobre el manejo de emergencias de los dientes avulsionados. Los niveles de conocimiento de los participantes que presentaban respuesta correcta en las respectivas áreas de conocimiento fueron: medio de almacenamiento (15,8 %) la medicación intra - conducto (45,0 %), el tipo de férula (45,1 %) y el período de colocación de una férula (10,2 %). Los resultados revelaron un patrón desigual de conocimientos entre los odontólogos urbanas y suburbanas con respecto a la gestión de emergencias de los dientes avulsionados. El estudio puso de relieve la necesidad de los dentistas chinos para la educación continua con el fin de mejorar el conocimiento actual en la gestión de emergencias de los dientes avulsionados¹¹

ÇINAR C y ATABEK D (2013) Determinaron los conocimientos de los dentistas de tratamiento de urgencia de las lesiones dentales traumáticas (LDT) en Ankara, Turquía. Se evaluaron un total de 154 cuestionarios. La primera parte del cuestionario constaba de preguntas con respecto a la información personal. La segunda parte se compone de 12 preguntas cerradas relacionadas con el conocimiento de cómo manejar los diferentes tipos de instrumentos de defensa comercial en los niños. Los cuestionarios fueron respondidos por 133 médicos generales dentales (PIB) y 21 especialistas. Los resultados muestran que cuando se compararon las respuestas, se observó un menor número de respuestas correctas para las preguntas relacionadas con el tiempo de ferulización de los dientes avulsionados y tratamiento adecuado para complicadas incisivos deciduos corona - fracturado con exposición pulpar grande. Se observaron un mayor número de respuestas correctas para las preguntas relacionadas con el medio de almacenamiento, el uso de antibióticos sistémicos para los dientes avulsionados y el tratamiento adecuado para los dientes primarios intruídos. En conclusión, este estudio muestra un bajo nivel de conocimiento de la gestión LDT entre los participantes y pone de relieve la necesidad de mejorar el conocimiento de los dentistas de los protocolos de tratamiento LDT¹⁷

STOKES AN y col. (1992) En Nueva Zelanda se encuestó a 184 personas (118 inexpertos y 66 profesionales) divididos en 5 grupos: a) 32 padres b) 86 entrenadores c) 24 Enfermeras dentales d) 18 Dentistas y e) 24 Recepcionistas dentales. El grupo b tuvo la experiencia más alta en casos de dientes avulsionados y el grupo c y e la más baja. El grupo a y b elegiría acudir a un servicio de emergencia hospitalario y el grupo profesional iría al dentista particular.

El 50 % de los inexpertos reimplantaría el diente permanente avulsionado y el 14,8 % el diente deciduo. El 50 % de los inexpertos transportaría el diente avulsionado en medio seco. Este estudio concluye en la necesidad de campañas educativas dirigidas a los miembros del grupo de inexpertos claramente involucrados con el manejo de la emergencia de un diente avulsionado traumáticamente²

QUINTANA C. (2007) Determinó el nivel de información, la experiencia previa en un trauma dentario y la actitud de cuatrocientos padres y trescientos setenta y dos profesores frente a los traumas de avulsión y fractura dentaria en niños a través de una encuesta realizada en Lima Metropolitana. Se halló un regular nivel de información de padres y profesores, una actitud indecisa de padres y profesores frente a la avulsión, una actitud indecisa de los padres y una actitud adecuada de los profesores frente a la fractura dentaria, el 36,3% de los padres y el 29,6% de los profesores han tenido experiencia previa en trauma dentario. Se observó que a mayor desarrollo profesional de los profesores aumenta el nivel de información sobre el trauma, el 68% de los padres y el 71.8% de los profesores no han recibido información de primeros auxilios dentales de ninguna fuente, a mayor edad aumenta la proporción de padres que tienen una actitud adecuada frente a la avulsión, el 81,8% de los padres con estudios superiores tienen una actitud indecisa frente a la avulsión. Se determinó que existe asociación estadísticamente significativa entre el nivel de información y la actitud de los padres y profesores frente al trauma de avulsión-fractura dentaria en niños.⁸

1.2 BASES TEÓRICAS

1.2.1 Historia Natural del Accidente

El concepto ecológico implica que tanto la enfermedad como las lesiones son el resultado de la interrelación entre un huésped, con un agente y un medio ambiente a lo que se denomina triada epidemiológica.

Debido al dramatismo, al carácter sorpresivo y a las repercusiones el accidente y sus resultados se presentan como un cambio brusco e impensado, aparentemente generado en el momento, casi sin historia.

En realidad no es así. El accidente y sus consecuencias responden a un proceso gradual del que él representa una culminación particular, culminación que se vería como lógica y esperable si se estuviera al tanto de la suma de los factores e interacciones que lo precedieron, de los que normalmente se tiene un conocimiento vago y parcial, que se busca cubrir con la recopilación de información sobre el hecho y sus circunstancias.

El proceso gradual mencionado es la historia natural del accidente, un modelo que describe su desarrollo y permite seguir las interrelaciones entre los distintos factores hasta sus resultados finales. El proceso del accidente está dividido en tres etapas: pre-accidente, accidente y pos-accidente. La segunda etapa es la más corta.

En la etapa de pre-accidente actúan los factores que predisponen, condicionan y precipitan el accidente. En la siguiente etapa aquellos capaces de agravar los resultados. Estos factores agravantes de los resultados también pueden actuar en la tercera etapa (por ejemplo: demoras en la atención de emergencia o baja calidad de los mismos).¹⁸

Tabla 1: Historia Natural del accidente. Etapas y niveles de prevención

Aspectos considerados		Etapas del proceso del accidente		
		Pre-accidente	Accidente	Post-accidente
Epidemiología		Interacción entre huésped, agente y medio.	Desequilibrio entre huésped, agente y medio, permitiendo la interacción negativa entre huésped y agente que da lugar a efectos sobre el huésped (lesiones).	Reparación de las consecuencias sobre la salud.
		Sucesión de estados de equilibrio entre los tres factores.		Resultado final para las personas.
Prevención	Nivel de Prevención	Primaria	Secundaria	Terciaria
	Objetivos buscados	Evitar la ocurrencia del accidente	Disminuir la gravedad de las lesiones	Atención de los lesionados
	Responsables	Otros Sectores	Otros sectores	Sector Salud

*Fuente: OPS, OMS. MIGUEL GLIZER ISAAC. Prevención de accidentes y lesiones: Conceptos, métodos y orientaciones para países en desarrollo. Serie Paltext para Ejecutores de programas de Salud N° 29. EE.UU. OPS-OMS. 1993. p. 42.

1.2.2 Prevalencia

Es notorio que los traumatismos de la dentición temporal ocurran entre los 1,5 - 2,5 años de edad, sin diferencia de sexo, cuando el niño está en las fases de aprendizaje de caminar y entrenar motricidades gruesas.³⁵

La más alta incidencia de lesiones en dientes temporarios se registra en edades entre 1 y 3 años. En la dentición permanente el período con más propensión a los accidentes es de los 8 a los 11 años de edad. Los varones sufren lesiones con el doble de frecuencia que las niñas. Inclusive en preescolares, los varones accidentados son más que las niñas.

Las fracturas coronarias afectan el 64 % de la dentición permanente y el 19 % de la dentición temporal. La avulsión lesiona el 2 % de la dentición permanente y el 7 % de la dentición decidua.²¹

La proporción de traumatismos en la relación niños: niñas es de 2:1 y el pico de incidencia es de los 2 - 4 años, volviendo a ascender a los 8 - 10 años.³⁶

Se puede afirmar que el 51 % de los niños menores de 6 años sufrirá un traumatismo, siendo más frecuente en el sexo masculino.³⁷

Los estudios evidencian que cerca de un tercio de los niños en fase de dentición decidua sufren lesiones traumáticas en la región bucal. Los niños que pertenecen al “grupo de riesgo” de trauma dentario son los de 1 - 3 años de edad, en los varones existe más frecuencia de traumas.³⁸

La prevalencia de traumatismos dentarios en niños oscila entre el 4,2 % y el 36 %, siendo la frecuencia de la avulsión de 1 - 16 % en la dentición permanente, y de 7 – 13 % en la dentición decidua. Los incisivos centrales superiores permanentes y deciduos son los más afectados; el grupo donde ocurre con más frecuencia la avulsión oscila entre los 7 - 11 años y los niños sufren avulsión con una frecuencia tres veces mayor que las niñas ^{39, 40}

Solo cuando el niño comienza a caminar, entre los 18 y 30 meses, el riesgo del trauma aumenta con una incidencia dos veces más alta que la incidencia promedio para todos los niños. A esta edad, el hogar es el lugar en donde ocurren la mayoría de los traumas en los varones y las mujeres como resultado de las caídas. Los estudios epidemiológicos revelan que uno de cada dos niños sufre de trauma dental, más frecuentemente entre los 8 y 12 años, resultado generalmente de accidentes, de actividades deportivas o de violencia.⁴¹

1.2.3 Factores predisponentes

Un factor relacionado directamente con la frecuencia de avulsiones es el nivel socioeconómico. El estudio de Ferreira et al. en el 2009 ²⁹ mencionan que los niños de niveles socioeconómicos bajo o alto son probablemente los más afectados. Estos autores encontraron que el 50,4% de los niños afectados provenían de familias que mensualmente ganaban un salario mínimo, seguido de un 25,2% de niños que provenían de familias que percibían 4 ó más salarios mínimos. Otro factor predisponente es el grado de educación de la madre. Niños de madres con educación menor de seis años tendrían mayor predisposición a sufrir traumas dentales ²⁰.

Finalmente, existen otros factores que pueden predisponer al trauma dental, por ejemplo: overjet exagerado, mordidas abiertas, protrusión maxilar, caries dental e incompetencia labial ²⁶ (Tabla 2).

Tabla 2. Prevalencia de injurias en dentición primaria relacionadas al sellado labial, nivel socioeconómico y grado de instrucción de la madre

	Injuria dental n (%)	No injuria dental n (%)	valor de P*
Sellado labial			
Adecuado	145 (39,2)	225 (60,8)	0,067
Inadecuado	71 (48,0)	77 (52,0)	
Total	216 (41,7)	302 (58,3)	
Caries dental			
No	205 (42,8)	274 (57,2)	0,078
Si	10 (27,8)	267 (2,2)	
Total	215 (41,7)	300 (58,3)	
Nivel socioeconómico			
1	56 (35,7)	101 (64,3)	0,045
2	156 (45,2)	189 (54,8)	
Total	212 (42,2)	290 (57,8)	
Grado de instrucción de la madre (años de estudio)			
13-18	22 (51,2)	21 (48,8)	0,001
07-12	127 (36,2)	224 (63,8)	
0-6	61 (56,5)	47 (43,5)	
Total	210 (41,8)	292 (58,2)	

Tomado de: Ferreira JM et al. Prevalence of dental trauma in deciduous teeth of Brazilian children.

Dent Traumatol. 2009; 25(2):219-23.

1.2.4 Dentición afectada

Las lesiones de la dentición temporal son comunes, a causa de la resiliencia del hueso que rodea los dientes temporales, cuyas lesiones usualmente comprenden luxaciones dentarias. La íntima proximidad entre ambas denticiones constituye un riesgo para la dentición permanente en cuanto a que la energía proveniente del impacto puede ser transmitida fácilmente al germen dentario en desarrollo. Un diente temporal intruído puede resultar forzado al interior del folículo, perturbando el epitelio del esmalte reducido y los ameloblastos secretores, lo cual da por resultado coloración y/o hipoplasia del esmalte del germen permanente.

La avulsión de dientes permanentes es más común en la dentición permanente joven. La avulsión se produce porque la formación radicular todavía está incompleta y el periodonto es muy resiliente. ³⁹

Por lo general resulta comprometida una sola pieza, particularmente un incisivo superior, en el 50 % de los casos. En el 34 % de los accidentes resultan traumatizadas dos piezas y, en porcentajes mucho menores, un número mayor de piezas sobre todo

en niños entre los 1,5 – 2,5 años y en rangos mayores cuando el niño es excepcional o con daños motores. ³⁵

Dos estudios exploratorios escandinavos mostraron que el 30 % de los niños sufrieron lesión dental traumática en la dentición temporal entre los 1 y 3 años de edad y 22 % en la dentición permanente. Las lesiones dentales afectan por lo general uno o dos dientes y las piezas involucradas con más frecuencia son los incisivos centrales superiores. ²¹

Un 30 % de los niños sufre traumatismos en la dentición primaria y un 22 % de los niños hasta los 14 años sufre traumatismos en la dentición permanente, afectando con especial frecuencia a los dientes anteriores superiores. Normalmente afecta a un solo diente, excepto en los accidentes de tráfico y las lesiones deportivas. ³⁶

En la totalidad de los análisis epidemiológicos el diente más afectado es el incisivo central superior, seguido por el lateral superior e incisivo central inferior. Para la dentición permanente la lesión más frecuente es la fractura de corona no complicada, mientras que en la dentición temporal son las luxaciones, aunque hay autores que indican como más frecuente las fracturas de corona. En el niño pequeño el proceso alveolar tiene espacios medulares grandes y es relativamente flexible. Además el ligamento periodontal es muy elástico, permitiendo que ante un ligero traumatismo, los dientes se luxen en vez de fracturarse. En contraste, la dentición permanente sufre más fracturas que luxaciones, debido fundamentalmente a la menor proporción corona-raíz y a que el hueso alveolar es más denso. ⁴⁰

1.2.5 Avulsión dentaria

La avulsión dental es la completa desarticulación de uno o más dientes de su alveolo por un periodo de tiempo. Son términos sinónimos: exarticulación, dientes perdidos y desplazamiento total de piezas dentarias. Siendo considerado el trauma dental más severo²²⁻²⁵, debido a que la fuerza del impacto es de tal magnitud que remueve al diente completamente de su posición original alveolar generando lesión en el

ligamento periodontal, la gingiva y la ruptura del paquete vasculonervioso. Afectando tanto a niños como adolescentes.^{22, 42,43}

La avulsión es también considerada como el segundo tipo de trauma dental más común seguido de la intrusión, que afecta emocionalmente a padres y niños, especialmente si se trata de un diente permanente^{10,44,45}. Su prevalencia en la dentición primaria varía de acuerdo a la población estudiada con un rango de 1 al 18%. Kinoshita et al.⁴⁶ el año 2000 reportaron una prevalencia de 5 al 18% y Granville-García et al¹⁰ el 2009 mencionaron que la prevalencia encontrada por ellos fue del 1 al 16%. Según la clasificación de la OMS modificada por Andreassen, este tipo de injuria se ubica dentro de las injurias de los tejidos periodontales. Pueden ir acompañadas de fracturas del proceso alveolar y/o lesiones en tejidos blandos y fracturas de los huesos de la región facial²². Las avulsiones ocurren con mayor frecuencia en la dentición primaria debido a que el hueso alveolar y ligamento periodontal en los niños pequeños es más elástico y de menor tamaño.^{19,26} Además, debido a la reabsorción radicular fisiológica, las raíces son más cortas, favoreciendo a las avulsiones en lugar de fracturas coronarias, las cuales son comunes en los dientes permanentes^{22,23,47}. Asimismo, cabe mencionar, que los espacios interdentes y la pequeña protrusión del eje axial de los dientes primarios anteriores favorecen que se produzca un mayor número de avulsiones en niños⁴⁶. De modo general, podemos decir, que las injurias en los tejidos de soporte en dentición primaria son 1,5 veces mayor que las injurias de los tejidos duros²³, produciendo alteraciones en el diente sucedáneo permanente, tales como: hipoplasias, hipocalcificaciones o dilaceraciones de corona y raíz^{25,48}.

Cuando es necesario registrar los diagnósticos de traumas dentarios, es necesario contar con una clasificación adecuada, y la de Jens Andreassen cumple con esa característica, pues inclusive ha sido adoptada por la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Actualmente la OMS en su actual Clasificación Internacional de Enfermedades en su versión 2010 (CIE-10) considera a las avulsiones dentarias dentro del patrón “PERDIDA DE DIENTES DEBIDO A ACCIDENTE, EXTRACCIÓN O ENFERMEDAD PERIODONTAL LOCAL” con codificación diagnóstica de CIE10 – K08.1⁵⁸

1.2.5.1 Epidemiología de la avulsión

Las caídas de los individuos son el factor etiológico más común, seguido de las colisiones con otros niños durante los juegos

Los impactos frontales llevan a la avulsión con los consiguientes perjuicios para la pulpa y el ligamento periodontal. En esas circunstancias, aun los impactos horizontales leves pueden dar por resultado la dislocación total del diente.¹⁹

Este tipo de accidentes empieza a ocurrir tan pronto como el niño inicia su locomoción autónoma; algunos como resultado de caídas en los primeros intentos por sentarse, pero el nivel de frecuencia más alto se encuentra cuando el niño empieza a caminar. La poca coordinación, la falta de experiencia y las actividades entusiastas del niño en el juego, en la mayoría contribuyen a los traumatismos. Otras causas son los accidentes el triciclo, patines, columpios, llaves de agua y muebles caseros²⁰

En un niño pequeño que está aprendiendo a caminar y a correr, la coordinación y el juicio no están desarrollados por completo, y con frecuencia sufren lesiones por caída. Cabe señalar que los traumas en la región orofacial son a menudo un componente del maltrato infantil. El niño maltratado es por lo general muy pequeño y los síntomas incluyen múltiples magulladuras en el cuerpo y también laceraciones en boca y dientes lesionados. Al llegar el niño a la edad escolar, los accidentes en el patio de la escuela son muy comunes, la mayoría de estas lesiones son producidas por caídas y colisiones mientras juegan y corren. Las lesiones resultantes de accidentes ciclísticos también son prevalentes en este grupo etáreo. Se destaca también que las lesiones en adolescentes se deben muchas veces a deportes de contacto, como hockey sobre hielo, fútbol, rugby o básquetbol.²¹

La mayoría de las lesiones se deben a caídas y accidentes en el juego y se dan con más frecuencia en los niños que están empezando a caminar. En un estudio en el Royal Children's Hospital, Melbourne, (1970-1979) se reportó que las caídas originaron el 50,1 % de las injurias entre los niños de 0 - 5 años, mientras que entre los 5 - 10 años causaron el 32,8 % de lesiones, y entre los 10 - 15 años motivaron el 17,1 %. Los accidentes durante el juego ocasionaron que el 39,5 % de niños de 0-5 años sufriera una injuria, mientras que entre los 5 - 10 años determinaron el 43,5 % de traumas y entre los 10 - 15 años provocaron solo el 17 % de lesiones. Las peleas y agresiones acarrearón que el 21,9 % de los niños de 5 - 10 años padeciera una injuria y ocasionaron que el 78,1 % de niños de 10 - 15 años sufriera un trauma. También el maltrato infantil ocupa un lugar en la etiología de los traumatismos, se reportó que en el 80 % de niños de 0 - 5 años fue el motivo de la injuria, mientras que en el grupo de 5-10 años fue el 20%.

Las avulsiones representan del 7 al 13% de todas las injurias de la dentición primaria^{32,28}. El estudio realizado por Skaare y Jacobsen³² el año 2005, indican que el mayor número de casos de avulsión se presentaron en niños a los 3,5 años de edad y en niñas a los 5 años de edad y que la posibilidad de sufrir avulsión dentaria en niños de 0 a 1 año de edad es mínima ó casi nula, por ello la mayoría de estudios epidemiológicos no incluyen a este grupo etáreo²⁷. Cuando ocurre una avulsión en dentición primaria, la maxila es el área más afectada representando el 89% de todos los casos. Siendo ésta nueve veces más afectada que la mandíbula¹⁹

En cuanto al tipo de diente más afectado, muchos estudios mencionan que los incisivos centrales superiores son los dientes que presentan mayor prevalencia de injurias^{22,19,29 31}, seguidos de los incisivos laterales primarios^{26,32}. Por lo tanto, los incisivos centrales primarios representan del 21 al 81% de los dientes con mayor frecuencia de injuria dental²⁴. Lo más frecuente es que solamente un diente sea el lesionado ^{25,27}, aunque puede presentarse el caso en que varios incisivos primarios estén comprometidos^{22, 24, 28, 32,33}.

En cuanto al lado de mayor afectación existe mucha controversia al respecto. El estudio de Christophersen et al. en 2005²⁸ mencionan que el 41% de los dientes avulsionados fueron incisivos superiores derechos. Sin embargo, Van et al.³³ mencionan que el lado más afectado es el izquierdo, debido a que cuando el niño cae, protege el lado derecho con la mano del mismo lado, dejando desprotegido el lado opuesto.

1.2.5.2 Clasificación de las lesiones de los tejidos periodontales según Andreasen³⁹ Se clasifican en:

- a) Concusión: Lesión mínima del periodonto, sin movilidad ni desplazamiento, pero con dolor a la percusión.
- b) Subluxación: Lesión del periodonto, con movilidad, pero sin desplazamiento.
- c) Luxación: Lesión del periodonto con desplazamiento:
 - Apical (luxación intrusiva)
 - Fuera del hueso alveolar (luxación extrusiva)
 - Del eje longitudinal (luxación lateral)
- d) **Avulsión**: El diente es desplazado fuera del alveólo

1.2.5.3 Clasificación de los traumatismos dentoalveolares según Ellis y Davey⁵⁷

Primera Clase: Fractura sencilla de la corona dentaria no afectada o no muy poco afectada. Aquí podemos incluir las infracturas del esmalte que no es más que la rotura del esmalte y se observa como una línea de fractura.

Segunda Clase: Fractura extensa de la corona afectando gran cantidad de dentina sin exposición pulpar.

Estas dos primeras clasificaciones Andreasen y Jacobsen la clasifican con el nombre de fractura no complicada de la corona ya que no va a existir exposición pulpar.

Tercera Clase: Fractura extensa de la corona afectando gran cantidad de dentina con exposición pulpar. También se conoce como fractura complicada de la corona y es Andreasen en su clasificación el que introduce este concepto.

Se nombrará los tres tipos de lesiones de la corona, la clase I, clase II y clase III.

Cuarta Clase: Pieza traumatizada transformada en no vital con o sin pérdida de la estructura coronaria.

Se puede observar en dientes que han sufrido una concusión y que provoca una muerte pulpar, como curso asintomático los padres no le dan importancia solo cuando el diente comienza a cambiar de color y se torna gris oscuro, señal esta de una muerte pulpar y nos llega el diente sin vitalidad (es bueno aclarar que no siempre un cambio de coloración nos indica una muerte pulpar); pues también se nos puede presentar un diente con una coloración rosada generalmente en traumas recientes que es señal de una extravasación sanguínea que luego se recupera con el proceso de revascularización (en semanas) y el color amarillo nos indica una posible degeneración cálcica del conducto obturado⁵⁷

Quinta Clase: Pérdida de la pieza dentaria como resultado del traumatismo, **Avulsión.**

Se podrá observar el espacio del alveolo vacío, ya que el diente se ha salido o sea se ha avulsionado lo que se conoce últimamente como exarticulación y como luxación completa.

Sexta Clase: Fractura de la raíz con o sin pérdida de la estructura coronaria.

Estos traumas son producidos generalmente con un objeto acolchonado o elástico como ejemplo el codo, durante un juego o si por ejemplo el labio actúa como receptor del golpe se reduce el riesgo de fracturas coronarias y aumenta el de fractura radicular.

Estas fracturas como pueden verse en la diapositiva pueden presentarse en el 1/3 medio, cervical y apical del diente, siendo las más favorable la de 1/3 apical y la más desfavorable la del 1/3 cervical por la propensión a infecciones o imposibilidad de inmovilización. Además pueden ser horizontales diagonales u oblicuas.

Séptima Clase: Desplazamiento de la pieza sin fractura de corona o raíz

En este tipo de trauma nos vamos a encontrar un diente desplazado de su lugar visceral pero no está afectada ni la corona ni la raíz.

Los desplazamientos pueden ser:

1. Desplazamientos Laterales:

Vertical y lingual

Mesial y distal

2. Luxación Intrusiva. Es cuando el diente se introduce en el alveolo. O sea se va por el centro dentro de la línea de oclusión.

3. Luxación Extrusiva. Que sería lo contrario o sea el diente se sale del alveolo por fuera de la línea de oclusión.

Hasta aquí la clasificación de Ellis y Davey, existe un tipo de lesión que puede presentarse y es importante conocer, aparece en la clasificación de Ingle:

Fractura de la corona con extensión subgingival.

Como esta fractura coronaria se va a extender por debajo de la gingiva y puede afectar el cemento, pero que esta fractura también puede ser:

No complicada (Cuando no afecte a la pulpa)

Complicada (Cuando está expuesta la pulpa)

1.2.6 Secuelas clínicas, económicas y sociales

Secuelas clínicas: El traumatismo que sufre un diente temporal se transmite con facilidad a su reemplazo permanente. Pueden esperarse alteraciones del desarrollo en alrededor del 50 % de los casos. La avulsión de un incisivo temporal puede afectar el ulterior crecimiento y desarrollo del sucesor permanente situado por debajo. La explicación para esto es, probablemente, que un diente temporal es avulsionado con

un movimiento del ápice en dirección del folículo permanente. El tipo y la severidad de las secuelas halladas entre incisivos permanentes también se relacionan íntimamente con la edad en el momento del trauma. Un folículo dental es en especial vulnerable durante sus primeros estadios de desarrollo. Por consiguiente, las alteraciones más graves se ven cuando la lesión se produce antes de los 3 años de edad. Los tipos de complicación más comunes en la corona del incisivo permanente son los cambios en la morfología y la mineralización de la corona del incisivo permanente. Adicionalmente la ausencia del incisivo deciduo traerá como consecuencia problemas de deglución, fonación y estética.

La avulsión de incisivos permanentes es un hecho bastante infrecuente, pero cuando ocurre, casi siempre corresponde intentar el reimplante. En el diente avulsionado éste puede significar sólo una solución temporaria, porque es común que haya resorción radicular externa. Sin embargo, aun cuando la hubiere, el diente reimplantado puede mantenerse durante años mientras sirve como mantenedor de espacio ideal, evitando que se instalen problemas de deglución, fonación y estética.

Las complicaciones más frecuentes después del reimplante son la necrosis en un 81 %, la obliteración del conducto radicular en un 15 %, la resorción inflamatoria en un 30 % y la resorción de reemplazo en un 41 % de los casos. La resorción de reemplazo o anquilosis, es el tipo más severo de resorción radicular externa y se relaciona significativamente con el reimplante de incisivos avulsionados que tuvieron un largo período extraoral en seco. La resorción de reemplazo es causada por un marcado daño celular en el ligamento periodontal y cemento. Un factor a tener en cuenta es que la anquilosis perturba el crecimiento de la apófisis alveolar en los pacientes jóvenes, debido a la infraposición del diente.

Si se decide no reimplantar un incisivo permanente habrá que consultar un ortodoncista. Tradicionalmente el tratamiento adicional consiste en el cierre ortodóncico del espacio o bien en mantener éste por medio de distintos aparatos protéticos. Por último cabe mencionar que el autotransplante de premolares o la

inserción de implantes dentales demostró ser aplicable en casos de dientes anteriores avulsionados o perdidos.²¹

En la dentición permanente una de las secuelas más frecuentes del daño al ligamento periodontal, posterior al trauma, es la reabsorción radicular externa, que según sus características puede ser superficial, inflamatoria y de reemplazo o por sustitución. En la denominada reabsorción superficial, no se evidencian signos clínicos ni radiográficos y su manejo ortodóncico no implica ninguna consideración especial. Si la reabsorción es inflamatoria, es indispensable el tratamiento endodóntico y la ortodoncia se debe posponer hasta observar índices radiográficos de normalidad (mínimo un año postraumatismo). En una reabsorción de reemplazo, el diente afectado no responde al tratamiento ortodóncico, ya que la ausencia del ligamento periodontal imposibilita la remodelación.

El mantenimiento de estas piezas permanentes en el arco dentario de un niño en crecimiento dependerá, fundamentalmente, de la preservación del espacio y/o la posibilidad de que no detenga o dificulte el desarrollo del hueso alveolar.

El reimplante de dientes temporarios está contraindicado porque existe el riesgo de provocar una lesión adicional en el germen dentario durante el procedimiento, ya sea forzando el diente temporal sobre el folículo del permanente o por la presencia de un coágulo, que puede constituir un foco infeccioso. Las complicaciones propias de un diente reimplantado, tales como la necrosis pulpar, reabsorciones radiculares o anquilosis, crean más problemas al germen subyacente que el traumatismo en sí.³⁷

Con la pérdida de un diente anterior el paciente presenta problemas de deglución, fonación, estéticos y psicológicos (precisamente por la falta de estética).⁴⁹

El tratamiento para reemplazar un incisivo central permanente perdido durante la avulsión puede implicar tratamientos restaurativos, ortodóncicos o quirúrgicos que pueden durar varios años. Los niños deben incorporar el estigma de ser desdentados entre sus pares de la niñez.³

Secuelas económicas y sociales: En un estudio que describe la carga socio económica, las actitudes de los niños y sus padres; las responsabilidades del dentista y su rol en el consentimiento informado posterior al reimplante de los incisivos avulsionados; los costos de tratamiento fueron significativamente altos durante el primer año postrauma y el tiempo de tratamiento directo (dentista) para el primer año del manejo postrauma fue de 7,2 horas; los pacientes y los padres reportaron que perdieron tiempo de la escuela y del trabajo, incluso después de haber pasado la experiencia dolorosa del reimplante, las llamadas de recita y en algunos casos, la extracción; la mayoría de pacientes y de padres declararon que de todas formas ellos habrían tomado la misma decisión (el reimplante) e incluso estarían dispuestos a pagar más para salvar el diente de su niño.⁵⁰

1.2.7 Protocolos de atención del trauma de avulsión dentaria

Se recomienda a las personas inexpertas que en los casos de avulsión no pierdan el tiempo y sigan las siguientes instrucciones^{52,53}

- 1.- No tomar el diente por la raíz, tomarlo por la corona
- 2.- Lavar el diente con agua pura o agua de caño y ubicarlo inmediatamente en su lugar de origen. Esta acción la puede realizar el propio niño o un adulto que esté junto a él.
- 3.- Si no son capaces de reimplantar el diente, introducir el diente en un vaso con leche o con suero fisiológico. Si esto no es posible, colocar el diente dentro de la boca del niño (entre los dientes y el labio inferior) y transportarlo junto al paciente a la brevedad a un Servicio Odontológico

El implante debe ser de inmediato. En caso de no ser posible, transportar siempre el diente en leche o la saliva del paciente.^{52,53}

Cuando el paciente es recibido por emergencia debido a un trauma dental, la región bucal está usualmente muy contaminada. Por ello, el primer paso a seguir es limpiar el rostro del paciente, de esta manera, podremos apreciar la magnitud del problema ³³

Luego de esto se debe de seguir los siguientes pasos:

1.2.7.1 Historia clínica completa del niño con trauma

Es importante obtener información sobre la causa y forma en que se produjo la injuria, el tiempo que ha transcurrido desde la avulsión y la historia de profilaxis antitetánica ^{22,34}

Para ello es importante realizar tres preguntas:

¿Cómo?, ¿Dónde? y ¿Cuándo?

Asimismo, se debe preguntar al padre o tutor sobre los dientes perdidos y evaluar con minuciosidad la movilidad de las piezas dentarias o la alteración en la mordida. Se deberá realizar una historia médica rápida y sistematizada para valorar la necesidad de incluir profilaxis antibiótica de acuerdo a la condición sistémica del paciente ⁴⁸.

No debemos olvidar indagar sobre la existencia de algunos antecedentes, como:

- Desórdenes sanguíneos. ²²
- Frecuencia de alergias tanto a medicamentos como a alimentos.
- Fiebre reumática o alguna enfermedad cardíaca congénita.
- Inmunosupresión severa.

1.2.7.2 Examen Clínico General

Se debe iniciar con la evaluación clínica de los tejidos blandos extrabucal, observando la presencia de cualquier laceración. En este paso evaluaremos el aumento de volumen facial, lesiones de piel y/o mucosas. Es indispensable también descartar la presencia de fracturas faciales ^{22,34}

1.2.7.3 Examen Clínico Estomatológico

El examen intrabucal empieza con la observación de los tejidos blandos, verificando el estado de los labios, mucosa y encías. Es importante verificar que no haya fragmentos de dientes enterrados en la mucosa o que de forma accidental el paciente haya ingerido o inhalado la pieza dentaria avulsionada. La radiografía periapical será útil para descartar fracturas radiculares alveolares^{22,34}

En este paso se debe evaluar:

- La presencia de laceraciones o hemorragias de los tejidos blandos (mucosas) y el retiro de fragmentos y/o cuerpos extraños.
- La movilidad de dientes adyacentes a la zona afectada y determinar su severidad.
- El estado del alveolo y determinar el tiempo transcurrido desde el traumatismo.
- Cambios de coloración de la corona, indagar sobre su presencia antes o después de la injuria.
- Si existen interferencias en la oclusión.
- La presencia de piezas perdidas, para descartar la posibilidad de una aspiración o tragado.
- La apertura y cierre de la boca y descartar algún problema con la ATM.
- Probables fracturas alveolares de las piezas adyacentes.

1.2.7.4 Examen Radiográfico

Este examen debe contar con radiografías periapicales y oclusales, para permitir el diagnóstico correcto. Es importante contar con las radiografías necesarias para brindar un tratamiento a las piezas afectadas, observando y descartando la presencia de fracturas radiculares o de algún proceso alveolar que dificulte la recuperación post traumatismo ^{22,34}

En el caso de avulsiones se debe considerar las radiografías periapicales y laterales, ya que nos permitirán evaluar la posición de la pieza dentaria, si ésta no se encontró en el lugar donde se produjo el accidente. Además, no se debe descartar la necesidad

de pedir una radiografía de tórax, si se sospecha de una aspiración de la pieza o de piezas afectadas ^{22,34}

Todos estos pasos mencionados nos servirán para diagnosticar y brindar el tratamiento más idóneo para cada paciente (Tabla 3).

Tabla 3. Lista de puntos para la exploración tras un traumatismo en la región bucal

Anamnesis	<p>Estado médico general tras el accidente (¿Sospecha de conmoción?)</p> <p>Estado antes del accidente</p> <p>Alergias, intolerancias a medicamentos</p> <p>Alteración de la hemostasia</p> <p>Problemas de salud actuales, medicaciones, prescripciones médicas.</p> <p>Momento, lugar y secuencia del accidente (¿sospecha de lesiones adicionales?)</p> <p>Medidas de tratamiento aplicadas, modo de conservación de dientes totalmente luxados.</p> <p>Quejas subjetivas, sensación subjetiva de oclusión</p> <p>Anamnesis dental (medidas ortodóncicas anteriores o actuales, traumatismos dentales anteriores)</p>
Diagnóstico	<p>Fecha /hora de la exploración (tiempo transcurrido después del accidente)</p> <p>Inspección y palpación</p> <p>• <u>Extrabucal</u></p> <p>Tejidos blandos</p> <p>Contornos óseos</p> <p>Movimientos, pruebas de movilidad</p> <p>Simetría sensitiva y motora, pupilas</p> <p>• <u>Intrabucal</u></p> <p>o Tejidos Blandos ¿Edema, hematoma, heridas perforantes?</p> <p>o Dientes Alineación dentaria</p> <p>Fracturas (localización / afectación pulpar, explorar si también hay fracturas en molares)</p> <p>Tinciones</p>

	<p>Obturaciones, lesiones de caries, sensibilidad</p> <p>o Periodonto Movilidad dentaria Sensibilidad a la percusión, eventualmente sonido a mate. Dirección y grado de dislocaciones</p> <p>o Huesos Fisuras, fracturas de las paredes alveolares Sospecha de otras fracturas (hematoma, movilidad, dolor con la carga)</p> <p>Deterioro de aparatos de ortodoncia?(Peligro de fuerzas no deseadas también en aparatos deformados de forma no evidente)</p> <p>• <u>Diagnóstico radiológico</u> Radiografías intraorales (eventualmente, varias proyecciones). Eventualmente Rx. extraorales: ortopantomografía, proyección lateral del cráneo, proyección mandibular posteroanterior en máxima apertura. Si se sospecha de inclusiones de cuerpos extraños: Rx. De tejidos blandos.</p> <p>• <u>Documentación fotográfica</u> Determinación del estado inicial (permite la comparación posterior al valorar caso). Hay que hacer Otambién fotografías inmediatamente después del tratamiento, como base para comparaciones posteriores.</p>
--	---

(Tomado de Van W, Hubertus J.M, Stockli PW. Atlas de Odontología Pediátrica.

1ra ed. Barcelona: Masson; 2002. p. 294)³⁴ .

1.2.8 Reimplante del diente permanente

El manejo inmediato en el lugar del accidente incluye el reimplante urgente del diente avulsionado, para obtener las mayores probabilidades de éxito es preciso que los fibroblastos se encuentren en el mejor estado, pues al no estar irrigados pierden rápidamente metabolitos. Por tanto, el reimplante hay que procurar hacerlo en los primeros veinte minutos.²⁰

Muchas veces el dentista es informado por teléfono de que un diente ha “saltado” de la boca. Si consultan telefónicamente, hay que indicar a la persona que atiende al niño, que si el diente está limpio, debe reimplantarlo de la forma más suave, sosteniéndolo por la corona. La mejor recomendación en esos casos es la de reimplantar de inmediato el diente en su alvéolo y buscar luego asistencia odontológica. Si está algo sucio, recomendarle lavarlo con agua o suero fisiológico y a continuación colocarlo en el alveólo. Si quien llama no quiere o no puede seguir estas instrucciones, se le aconseja guardar al diente en leche o en la propia boca del niño entre el labio inferior y los dientes, para buscar de inmediato asistencia odontológica pues es prioritario atender al paciente con carácter de urgencia. Si el niño está demasiado alterado como para cooperar, el diente también podrá conservarse en la boca de su padre, madre u otro acompañante.²⁰ Por los estudios se conoce que la mayoría de las personas que no son dentistas, incluídas las enfermeras no reimplantan los dientes. En una encuesta a profesores en Estados Unidos, el 80% dijo que no reimplantaría el diente avulsionado.²⁴ Además los conocimientos que la población tiene, comprendidos padres y profesores, de cómo atender con urgencia una avulsión, son escasos.

Por lo tanto, el reimplante inmediato debe ser realizado por los profesionales de la salud, padres, parientes o aquellas personas inexpertas que estuvieran en el lugar de ocurrencia de la emergencia.^{35,49}

1.2.9 Reimplante del diente primario

La Academia Americana de Odontología Pediátrica, contraindica la reimplantación de dientes primarios avulsionados para prevenir necrosis pulpar, infecciones, inflamaciones e injurias de dientes permanentes en desarrollo^{10,11,24,44,45}. La Sociedad Británica de Odontología Pediátrica indica también que "los dientes primarios no deberían ser reimplantados debido a la gran posibilidad de daño que se podría ocasionar al momento del reimplante, debido a la fuerza ejercida por la presión del coágulo hacia el folículo, pudiendo alterar el desarrollo del germen dentario del diente permanente".⁴³ Al-Khayatt y Davidson⁴³ afirman que la preservación de los incisivos primarios superiores traumatizados no es considerada importante, debido a que estos dientes no cumplen funciones tan significativas en el desarrollo de la oclusión o el lenguaje (a no ser que sean múltiples dientes afectados). Afirman también, que aunque la estética se vea afectada, siempre se debe tomar en cuenta el beneficio a largo plazo para el niño y no por ello se debe reimplantar dientes, generando más problemas en su futura dentición permanente.

La encuesta realizada sobre avulsión dental en Pernambuco - Brasil: "Experiencias, actitudes y percepciones de dentistas de Caruaru", reveló que un 64% de los odontólogos entrevistados no realizaban ningún tipo de tratamiento cuando ocurría una avulsión en dentición primaria¹⁰ (Tabla 4). Sin embargo, un 40% opinó que la reimplantación sí debería ser realizada.

Este resultado coincide con la posición de la escuela brasilera que considera a la reimplantación como un tratamiento alternativo.

Tabla 4. Avulsión en dentición primaria y permanente. Experiencia profesional de Odontólogos en Caruaru (Pernambuco – Brasil)

	Años de experiencia profesional			Valores P
	Hasta 10 años	Más de 10 años	Total	
Tratamiento	n (%)	n (%)	n (%)	
Reimplantación	34 (46,6)	24 (33,8)	58 (40,3)	P=0,118
Prótesis/ortodoncia	17 (23,3)	10 (14,1)	27 (18,7)	P=0,157
Ninguno	46 (63,0)	54 (76,1)	100 (69,4)	P=0,089

Tomado de: Granville-Garcia AF et al . A. Dental avulsion: experience, attitudes, and perception of dental practitioners of Caruaru, Pernambuco, Brazil. Rev Odonto Cienc. 2009; 24(3):244-8. ¹⁰

A la pregunta, si se deberían reimplantar los dientes primarios avulsionados, han surgido posiciones controversiales y de debate en la literatura dental³¹. Mientras que algunos autores coinciden en contraindicar la reimplantación, otros clínicos indican que la reimplantación debería ser considerada como alternativa en casos muy particulares^{25,32}. La mayor parte de autores que defienden el reimplante dental se basan en reportes de casos clínicos aislados. Muchos de estos casos proporcionan información limitada y a menudo incompleta sobre: los dientes implicados, daño alveolar, exámenes radiográficos efectuados, tiempo en que el diente estuvo fuera de boca, uso de ferulización, medio de conservación del diente y protocolo de manejo seguido³².

Todos esos casos están basados en descripciones y opiniones referentes a casos esporádicos y no en evaluaciones científicas³³. Por ello, aunque eventualmente se presenten reportes de casos con éxito de reimplantación de dientes primarios, se debe evaluar el riesgo-beneficio del paciente debido a que el reimplante repercutirá en el desarrollo del diente sucesor permanente⁴⁴.

La principal ventaja de la reimplantación de un incisivo primario sería el mantenimiento de una dentición completa en el sector anterior, disminuyendo la culpabilidad que sienten los padres por lo ocurrido, generando menor preocupación en el niño y una mayor aceptación social, ya que el hecho de perder un diente perjudica principalmente

la autoestima del paciente³². Otros beneficios que justificarían la reimplantación en la dentición primaria podría ser: la prevención de problemas funcionales en la masticación y fonética. La mantención del espacio y la prevención del empuje lingual son objetivos de las piezas primarias para evitar maloclusiones^{25,31,51}. Sin embargo, estas ventajas están débilmente apoyadas por investigaciones clínicas y son consideradas en gran parte anecdóticas^{27,32}. Zamon y Kenny³² mencionan que el hecho de perder dientes anteriores a temprana edad tiene una repercusión con efectos mínimos en la masticación. Por lo tanto, no hay evidencia científica que mencione que la pérdida de incisivos primarios cause problemas oclusales. Asimismo, señalan que la fonética sólo se verá afectada en caso de pérdida de múltiples dientes. La reimplantación podría ser considerada en niños menores de tres años de edad, debido a que para ellos es más difícil el uso de mantenedores de espacio removibles y por ende sus propios dientes serán los mejores elementos en la prevención funcional y estética⁴⁶.

Consideraciones para optar por el reimplante de un diente primario

Antes de reimplantar un diente primario avulsionado, deben ser evaluados algunos aspectos críticos para determinar si el pronóstico para el diente es favorable. El protocolo de tratamiento de dientes primarios traumatizados realizado el año 2004 por la Universidad Federal de Santa Catarina (UFSC), menciona los factores que debemos tener en cuenta para obtener éxito en el reimplante^{22,25,46}. Ellos sugieren evaluar:

- El valor estratégico del diente en la cavidad bucal.
- La integridad del hueso alveolar de la zona afectada.
- El tiempo que el diente avulsionado permaneció fuera del alveolo.
- El grado de contaminación de la zona donde cayó el diente.
- El medio de conservación del diente mientras se encontró fuera del alveolo.
- La presencia de dientes contiguos para ferulizar.

- La presencia de hábitos nutritivos o no nutritivos que afecten la estabilidad del diente reimplantado.

- La realización consecuente de algún tratamiento endodóntico para evitar consecuencias apicales de una pulpa inflamada o necrótica

Para algunas escuelas dentales, como es el caso de la Universidad Federal de Santa Catalina (Brasil), cuando éstos factores son favorables es aconsejable realizar el reimplante, ya que es un indicativo de buen pronóstico para el diente primario avulsionado²⁵.

1.2.10 Actitud y escala de Likert Actitud es un estado de disposición psicológica, adquirida y organizada a través de la propia experiencia que incita al individuo a reaccionar de una manera característica frente a determinadas personas, objetos o situaciones.

Las actitudes no son susceptibles de observación directa sino que han de ser inferidas de las expresiones verbales, o de la conducta observada. Esta medición indirecta se realiza por medio de unas escalas en las que partiendo de una serie de afirmaciones, proposiciones o juicios, sobre los que los individuos manifiestan su opinión, se deducen o infieren las actitudes.⁵³

Medición de la Actitud: La Escala de Likert⁵⁴ es un método desarrollado por Rensis Likert a principios de los treinta. Consiste en un conjunto de ítems presentados en forma de afirmaciones o juicios ante los cuales se pide la reacción de los sujetos. Es decir, se presenta cada afirmación y se pide al sujeto que muestre su reacción eligiendo uno de los cinco puntos de la escala. A cada punto se le asigna un valor numérico. Así, el sujeto obtiene una puntuación respecto a la afirmación y al final se obtiene su puntuación total sumando las puntuaciones obtenidas en relación a todas las afirmaciones.

Las afirmaciones califican al objeto de actitud que se está midiendo y deben expresar sólo una relación lógica, además es muy recomendable que no excedan de 20 palabras. En este caso la afirmación incluye palabras que expresan una sola relación lógica ($X - Y$). Las alternativas de respuesta o puntos de la escala son cinco e indican cuánto se está de acuerdo con la afirmación correspondiente. Debe recordarse que a cada una de ellas se le asigna un valor numérico y sólo puede marcarse una opción. Se considera un dato inválido a quien marque dos o más opciones.

En términos generales, una escala Likert se construye generando un elevado número de afirmaciones que califiquen al objeto de actitud y se administran a un grupo piloto para obtener las puntuaciones del grupo en cada afirmación. Estas puntuaciones se correlacionan con las puntuaciones del grupo a toda la escala (la suma de las puntuaciones de todas las afirmaciones), y las afirmaciones cuyas puntuaciones se correlacionen significativamente con las puntuaciones de toda la escala, se selecciona para integrar el instrumento de medición. Asimismo, debe calcularse la confiabilidad y validez de la escala.

Existen dos formas básicas de aplicar una escala Likert. La primera es de manera autoadministrada: se le entrega la escala al respondiente y éste marca respecto a cada afirmación, la categoría que mejor describe su reacción o respuesta. Es decir, marcan respuestas. La segunda forma es la entrevista; un entrevistador lee las afirmaciones y alternativas de respuesta al sujeto y anota lo que éste conteste. Cuando se aplica vía entrevista, es necesario que se le entregue al entrevistador una tarjeta donde se muestran las alternativas de respuesta o categorías.

Al construir una escala Likert se debe asegurar que las afirmaciones y alternativas de respuesta serán entendidas por los sujetos a los que se les aplicará y que éstos tendrán la capacidad de discriminación requerida.⁵⁴

1.3 PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.3.1 AREA PROBLEMA

El traumatismo dentoalveolar presenta una incidencia mayor en la niñez y en la adolescencia. Un diagnóstico correcto y una adecuada actitud terapéutica pueden resolver definitivamente un caso, no sólo desde el punto de vista de la viabilidad del diente en la cavidad bucal, sino también por la importante y especial repercusión psicológica que la sonrisa tiene en el individuo joven adolescente. Diversos estudios han revelado que aproximadamente un 24% de los niños menores de 14 años han sufrido algún tipo de traumatismo en los dientes anteriores (incisivos), especialmente entre los 7 y 11 años, factor que está íntimamente relacionado con la participación más brusca en deporte y juegos.¹

Una de las situaciones más dramáticas en los traumatismos dentoalveolares es la avulsión, que es la exarticulación completa del diente de su alveolo. La incidencia de los dientes avulsionados varía de 1 al 16 % en los dientes permanentes y de 7 al 13 % en la dentición primaria. El grupo más afectado generalmente es entre los 7-11 años. El género masculino experimenta avulsiones tres veces más que el género femenino. Cuando un diente es avulsionado, el trauma al periodonto resulta en una inflamación localizada en el ligamento periodontal, si la respuesta inflamatoria no es excesiva y no está presente ningún otro estímulo inflamatorio, la cicatrización se presenta con la formación de un nuevo ligamento periodontal y capa de cemento.¹

Cuando se trata de traumatismos dentoalveolares el padre acude al establecimiento de salud más cercano siendo el médico el profesional que se encuentra a su alcance para poder brindarle la atención necesaria, dado que en nuestro país en una sala de urgencias generalmente no se encuentran presentes los odontólogos.

Basado en resultados de estudios de investigación realizados por Walker A. y Branchley J.³ y Needleman H¹⁵ y Stucenski K¹⁴ se asumiría que la mayoría de médicos no estarían totalmente capacitados para manejarlo inmediatamente.

1.3.2 DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA

Los accidentes que involucran niños generalmente provocan ansiedad y desesperación en los padres o en las personas responsables de su cuidado, por tanto es habitual que la avulsión de la pieza sea inadvertida en el momento del accidente debido al sangrado y otros factores; esta podría ser observada posteriormente, aun cuando el niño llega a la emergencia de un hospital.

En lesiones por avulsión dentaria se requiere que la vitalidad del ligamento periodontal sea conservada, en esto el tiempo extraoral y el medio húmedo adecuado permite un mejor pronóstico, para que ello sea posible es importante que se sepa qué hacer ante estos casos. Los médicos y enfermeras son los profesionales que se encuentran más próximos para atenderlos en cualquier establecimiento de salud sea posta, hospital, clínica, o instituto especializado. Los médicos como responsables directos se encuentran capacitados para manejar diversos tipos de urgencias y más cuando laboran en instituciones de salud de mayor nivel, cuya atención por especialidades garantiza mayores probabilidades de éxito en sus tratamientos. Por todo lo expuesto anteriormente se plantea la siguiente pregunta:

1.3.3 FORMULACION DEL PROBLEMA

¿Cuál es el nivel de información y el nivel actitudinal de los médicos de hospitales nivel III-1 del Cercado de Lima sobre manejo inmediato de avulsiones dentarias en niños?

¿Existe relación entre la información y la actitud de los médicos de hospitales nivel III-1 del Cercado de Lima, sobre manejo inmediato de avulsiones dentarias en niños?

1.4 JUSTIFICACIÓN

En la actualidad existen estrategias sobre el manejo de urgencias estomatológicas en lesiones traumáticas dentales, sin embargo el perfil profesional de los médicos es distinto al del cirujano dentista además de poseer su propio protocolo de atención frente a muchos tipos de urgencias. Es importante resaltar también la aptitud de los

médicos para intervenir con eficiencia si por algún motivo no se encuentre un odontólogo disponible, dado a que es un profesional muy capacitado en el tratamiento general de los accidentes.

Usualmente ante los traumatismos dentoalveolares especialmente en avulsiones dentarias en niños, las personas por lo general acuden al médico de urgencias los cuales si bien se ven en la necesidad de brindarle una atención inmediata no les es apropiado realizarle el tratamiento específico por carecer de un protocolo de atención establecido, sino de manera general, es decir realizar la primeras maniobras preventivas para después derivarlo al especialista y viabilizar el futuro de la pieza dentaria avulsionada, es por eso que en este trabajo se necesita inspeccionar el nivel de información a los médicos de urgencias y verificar sus actitudes frente a ello para que sirva de referencia o informe a futuros trabajos enfocados en capacitaciones en urgencias odontológicas como un complemento a la formación médica, así como también preponderar el necesario conocimiento básico de urgencias odontológicas, el papel del odontólogo y la importancia del manejo inmediato de traumatismos dentoalveolares como avulsiones dentarias los cuales podrían ocasionar secuelas en la salud oral del individuo, y por último y no menos importante garantizar al paciente una mejor calidad de atención frente a este tipo de urgencias por parte de los médicos o algún otro profesional de la salud; por ende cuando se trate de la salud del paciente se debe de buscar la manera más rápida y eficaz para su atención y así poder estar mejor preparados como profesionales integrales de la salud frente a este tipo de eventualidades.

Este estudio buscó conocer y analizar el nivel de información y actitud de los médicos frente a las avulsiones dentarias de dientes permanentes en niños para así modificar ciertos paradigmas que limitan la aplicación de conocimientos de manejo inmediato de casos de este tipo para después realizarle el tratamiento adecuado.

1.5 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.5.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar la relación entre el nivel de información y la actitud de los médicos sobre manejo inmediato de avulsiones dentarias en niños.

1.5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar el nivel de información de los médicos según género, edad, grado académico, especialidad y años de experiencia profesional sobre manejo inmediato de avulsiones dentarias en niños.
- Identificar la actitud de los médicos según género, edad, grado académico, especialidad y años de experiencia profesional sobre manejo inmediato de avulsiones dentarias en niños
- Relacionar el nivel de información y la actitud de los médicos sobre manejo inmediato de avulsiones dentarias en niños

1.6 LIMITACIONES

Dificultades y complejidad en el acceso a los establecimientos de salud para los procesos de aprobación y ejecución del proyecto de investigación

1.7 HIPÓTESIS

1.7.1 HIPÓTESIS GENERAL (H1)

Existe relación entre el nivel de información y la actitud en médicos sobre manejo inmediato de avulsiones dentarias en niños

1.7.2 HIPÓTESIS ESPECÍFICAS

- A mayor nivel de información de médicos, mejor será su actitud
- A menor nivel de información de médicos, peor será su actitud

1.7.3 HIPÓTESIS NULA (H0)

No existe relación entre el nivel de información y la actitud de los médicos sobre manejo inmediato de avulsiones dentarias en niños

1.8 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADOR	ESCALA	CATEGORIA DE ESCALA
Nivel de información de médicos sobre avulsión dentaria	Son los detalles sobre conceptos generales y conceptos aplicativos que poseen los participantes con respecto al manejo inmediato de las avulsiones dentarias que constituyen la base cognoscitiva para asumir una respuesta frente a la avulsión dentaria	Información general sobre el concepto, lugar de atención, datos epidemiológicos y factores etiológicos de avulsión dentaria	Puntaje obtenido en test de conocimiento	Ordinal	0 – 20pts Bueno: 16 - 20 puntos Regular: 8 - 14 puntos Deficiente: 0 - 6 puntos
		Información general sobre manejo y transporte del diente permanente avulsionado			
Actitud de los médicos ante la avulsión dentaria	Alternativa de comportamiento de primera opción que asumen los participantes frente a la avulsión dentaria de un paciente recientemente accidentado	Manejo inmediato frente a dos casos de avulsión de un diente permanente	Puntaje obtenido en el test de actitud	Ordinal	Escala de Likert: 4-20 puntos 17-20 puntos Actitud adecuada 8-16 Actitud indecisa 4-7 puntos Actitud Inadecuada
			Puntaje obtenido en el test de actitud	Ordinal	Escala de Likert: 4-20 puntos 17-20 puntos Actitud adecuada 8-16 Actitud indecisa 4-7 puntos Actitud Inadecuada

COVARIABLES

COVARIABLES	INDICADOR	CATEGORÍA DE ESCALA
Género	Fenotipo	Masculino Femenino
Grupo etáreo	Años cumplidos	20-29 años 30-39 años 40-49 años 50 años a más
Grado académico	Nivel académico de los médicos	Bachiller Titulado Magister Doctor
Especialidad	Tipo de especialidad	Abierto
Experiencia profesional	Años cumplidos	Menos de 1 año 1-5 años 6-10 años 11-20 años Más de 20 años

II. DISEÑO METODOLÓGICO

2.1 Tipo de estudio: Descriptivo y correlacional de corte transversal

2.2 Población y muestra: La población para realizar el cuestionario sobre información y actitud sobre manejo inmediato de avulsiones dentarias en niños fue conformada por médicos del Cercado de Lima que laboran en establecimientos de salud especializados que se encuentran categorizados en el nivel III-1 de acuerdo a la Norma Técnica del MINSA actualizada en el año 2004⁵⁶ la cual implica a 3 hospitales del cercado de Lima: Hospital Nacional Arzobispo Loayza, Hospital Nacional Docente Madre Niño “San Bartolomé” y Hospital Nacional Dos de Mayo.

Como fuente de información se usó los datos propios de cada establecimiento, expedidos por las oficinas de personal correspondientes siendo el Hospital Nacional Arzobispo Loayza con 738 médicos entre asistentes, residentes y contratados, el Hospital Nacional Docente Madre Niño “San Bartolomé” con 294 médicos entre asistentes, residentes y contratados, y el Hospital Nacional Dos de Mayo con 539 médicos entre asistentes, residentes y contratados.

La muestra de médicos fue de tipo probabilístico, y se seleccionó la muestra en cada uno por el método aleatorio simple.

La población y la muestra estimada se vieron afectadas por diversos filtros, y solo se dio pase en 04 especialidades médicas entre las que tenemos a Pediatría, Cirugía pediátrica, Otorrinolaringología y Cirugía de cabeza y cuello. Finalmente se efectivizó los cuestionarios en cada una de las instituciones con la colaboración de la mayoría de los médicos de cada servicio los cuales reunieron a 30 médicos del “Loayza”, 27 médicos de “San Bartolomé”, y 32 médicos del “Dos de Mayo” que hicieron un total de 89 participantes.

2.3 Criterios de inclusión y exclusión

2.3.1 Criterios de inclusión

Médicos asistentes, residentes y/o contratados de diversas áreas y especialidades cuya labor la desempeñen en su servicio respectivo y/o emergencias de cada hospital

2.3.1 Criterios de exclusión

Médicos que no aceptaron participar en el estudio

2.4 Materiales y Métodos

2.4.1 Procedimientos y técnicas

Para el registro de la información se elaboró un cuestionario. Para ello se tomó como referencia los cuestionarios utilizados en investigaciones similares.²⁻¹⁷ La estructura del cuestionario consta de las siguientes partes: (Ver Anexo1)

Primera parte: Generalidades, datos personales género, edad, grado académico, especialidad, y experiencia profesional.

Segunda parte: Conocimientos, constó de 10 preguntas cerradas (de respuesta única) sobre conceptos generales y aplicativos de la avulsión dentaria en niños: Información general, lugar de atención, datos epidemiológicos, manejo del tiempo y acondicionamiento-transporte:

1. Concepto de avulsión:

Respuesta correcta: d.....2 puntos

Otra respuesta.....0 punto

2. Búsqueda del diente en el lugar del accidente:

Respuesta correcta: a.....2 puntos

Otra respuesta.....0 punto

3. Lugar de atención y especialista más adecuado:

Respuesta correcta: b.....2 puntos

Otra respuesta.....0 punto

4. Piezas dentarias más propensas a traumatismos:

Respuesta correcta: e.....2 puntos

Otra respuesta.....0 punto

5. Factores relacionados a la frecuencia de las avulsiones:

Respuesta correcta: e.....2 puntos

Otra respuesta.....0 punto

6. Tiempo máximo para buscar atención por el diente avulsionado:

Respuesta correcta: a.....2 puntos

Otra respuesta.....0 punto

7. Acondicionamiento del diente avulsionado (limpieza):

Respuesta correcta: c.....2 puntos

Otra respuesta.....0 punto

8. Transporte del diente avulsionado:

Respuesta correcta: e.....2 puntos

Otra respuesta.....0 punto

9. Líquido para lavar el diente avulsionado:

Respuesta correcta: e.....2 puntos

Otra respuesta.....0 punto

10. Líquido para transportar el diente avulsionado:

Respuesta correcta: d.....2 puntos

Otra respuesta.....0 punto

Puntaje de 0 a 20 puntos

Se clasificara el puntaje total obtenido en tres categorías de acuerdo a la escala vigesimal:

1° categoría: Bueno: de 16 a 20 puntos

2° categoría: Regular: de 8 a 14 puntos

3° categoría: Deficiente: de 0 a 6 puntos

Tercera parte: Actitud, la tercera parte planteó dos casos referentes a la avulsión dentaria en un niño con dentición permanente. Cada caso constará de 4 enunciados orientados a evaluar la actitud frente a la avulsión dentaria. Cada enunciado con cinco alternativas de respuesta: Sí, tal vez sí, duda, tal vez no y No. Para la valoración de los enunciados se consideró la valoración de la escala de Likert.

Sí (Definitivamente sí).....5 puntos

Tal vez sí (Probablemente sí).....4 puntos

Duda (Indeciso).....3 puntos

Tal vez no (Probablemente no).....2 puntos

No (Definitivamente no).....1 punto

Se clasificó el puntaje total obtenido en tres categorías:

1° categoría: Actitud adecuada.....17 – 20 puntos

2° categoría: Actitud indecisa.....8 – 16 puntos

3° categoría: Actitud inadecuada.....4 – 7 puntos

2.4.2 Validez y confiabilidad de instrumento

El cuestionario fue calibrado con un juicio de expertos (Ver Anexo 3 y 6) para luego ser sometido a una prueba piloto, el cual se llevó a cabo en el Instituto Nacional de Salud del Niño (INSN) encuestando a 30 médicos para evaluar la consistencia interna a través del cálculo del Alfa de Cronbach, luego de realizar algunas correcciones, se volvió a realizar la prueba piloto a 10 médicos más de la misma institución obteniéndose un nivel aceptable de 0.7121 para la parte de conocimientos y un nivel aceptable de 0.7615 para la actitud

2.4.3 Recolección de datos

Los datos fueron recolectados luego de que se recibió la autorización para la ejecución en los servicios antes mencionados (Ver anexo 6)

2.5 Procesamiento de datos

Los datos fueron procesados utilizando el Programa Estadístico SPSS v.21

2.6 Análisis de datos

Se confeccionó una base de datos y se realizó análisis estadísticos descriptivos y tabla de frecuencias. Se estableció el nivel de confianza al 95% y se utilizó la prueba Chi cuadrado (X^2) para comprobar la asociación estadística entre las covariables establecidas género, edad, grado académico, especialidad y años de experiencia profesional con el nivel de información y actitud; la correlación de Pearson para comprobar la relación los puntajes de información y actitud y correlación de Spearman para comprobar la relación entre las variables nivel de información y nivel de actitud.

2.7 Aspectos Éticos

Todos los procedimientos del presente estudio preservaron la integridad y los derechos fundamentales de los participantes sujetos a investigación, de acuerdo con los lineamientos de las buenas prácticas clínicas y de ética en investigación médica, además se garantizó la confidencialidad de los datos obtenidos (Ver Anexo 2)

III. RESULTADOS

Cuadro 1. Caracterización de los médicos participantes (n=89)

		Género					
		masculino		femenino		Total	
Grupo Etéreo ^a	20 a 29 años	7	7,9%	22	24,7%	29	32,6%
	30 a 39 años	15	16,9%	11	12,4%	26	29,2%
	40 a 49 años	11	12,4%	9	10,1%	20	22,5%
	50 años a más	7	7,9%	7	7,9%	14	15,7%
Grado académico ^b	Bachiller Titulado	25	28,1%	31	34,8%	56	62,9%
	Magíster	12	13,5%	17	19,1%	29	32,6%
	Doctor	3	3,4%	1	1,1%	4	4,5%
	Pediatría	21	23,6%	34	38,2%	55	61,8%
Especialidad ^c	Cirugía Pediátrica	5	5,6%	4	4,5%	9	10,1%
	Otorrinolaringología	7	7,9%	6	6,7%	13	14,6%
	Cirugía de Cabeza y Cuello	7	7,9%	4	4,5%	11	12,4%
	Otro ^e	0	0,0%	1	1,1%	1	1,1%
Experiencia profesional ^d	menos de 1 año	0	0,0%	4	4,5%	4	4,5%
	1 a 5 años	19	21,3%	23	25,8%	42	47,2%
	6 a 10 años	9	10,1%	9	10,1%	18	20,2%
	11 a 20 años	7	7,9%	8	9,0%	15	16,9%
	20 años a más	5	5,6%	5	5,6%	10	11,2%
Total		40	44,9%	49	55,1%	89	100,0%

a. El grupo etéreo se reagrupó en décadas

b. El grado académico se reagrupó en bachiller titulado, magíster, y doctor

c. La especialidad se distribuyó en Pediatría, Cirugía Pediátrica, Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello ya que son especialidades médicas que se relacionan con la Odontología y la Odontopediatría

d. La experiencia profesional se reagrupó en lustros y décadas

e. En otro, se incluyó especialidad de cardiología debido a la participación voluntaria de un médico de esta área.

Cuadro 2. Nivel de Información de los médicos sobre manejo inmediato de avulsiones dentarias en niños

Nivel de Información				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
DEFICIENTE	39	43,8	43,8	43,8
REGULAR	48	53,9	53,9	97,8
BUENO	2	2,2	2,2	100,0
Total	89	100,0	100,0	

Mayoritariamente el nivel de información de los médicos es regular y deficiente, tan solo el 2.2% de los encuestados poseen un buen nivel de información

Cuadro 3. Actitud de los médicos frente al primer caso de avulsión dentaria

Actitud 1				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
ACTITUD INDECISA	63	70,8	70,8	70,8
ACTITUD ADECUADA	26	29,2	29,2	100,0
Total	89	100,0	100,0	

Mayoritariamente la actitud de los médicos fue indecisa mientras que los que tuvieron actitud adecuada para el primer caso solo representó el 29.2%. Cabe indicar que ninguno de los participantes tuvo una actitud inadecuada.

Cuadro 4. Actitud de los médicos frente al segundo caso de avulsión dentaria

Actitud 2				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
ACTITUD INDECISA	75	84,3	84,3	84,3
ACTITUD ADECUADA	14	15,7	15,7	100,0
Total	89	100,0	100,0	

Mayoritariamente la actitud de los médicos fue indecisa mientras que los que tuvieron actitud adecuada para el primer caso solo representó el 15.7%. Cabe indicar que ninguno de los participantes tuvo una actitud inadecuada.

Cuadro 5. Nivel de información de los médicos según género

		Nivel de Información			Total	
		DEFICIENTE	REGULAR	BUENO		
Género	masculino	Recuento	13	26	1	40
		% del total	14,6%	29,2%	1,1%	44,9%
	femenino	Recuento	26	22	1	49
		% del total	29,2%	24,7%	1,1%	55,1%
Total		Recuento	39	48	2	89
		% del total	43,8%	53,9%	2,2%	100,0%

$$X^2 = 3,795 \quad p = 0,150$$

En el género masculino se presenta un nivel de información mayormente regular mientras que el femenino es mayormente deficiente mientras que el 1.1% en ambos géneros se presenta un nivel de información bueno sobre avulsión dentaria en niños, no existiendo asociación estadísticamente significativa

Cuadro 6. Nivel de información de los médicos según edad

			Nivel de Información			Total
			DEFICIENTE	REGULAR	BUENO	
Grupo Etáreo	20 a 29 años	Recuento	12	16	1	29
		% del total	13,5%	18,0%	1,1%	32,6%
	30 a 39 años	Recuento	14	11	1	26
		% del total	15,7%	12,4%	1,1%	29,2%
	40 a 49 años	Recuento	4	16	0	20
		% del total	4,5%	18,0%	0,0%	22,5%
	50 años a más	Recuento	9	5	0	14
		% del total	10,1%	5,6%	0,0%	15,7%
	Total	Recuento	39	48	2	89
		% del total	43,8%	53,9%	2,2%	100,0%
X ² = 9,851		p= 0,131				

El nivel de información regular se presentó mayormente en los grupos etáreos 20 a 29 años y 40 a 49 años con un 18% cada uno, mientras que el nivel de información deficiente se presentó en el grupo etáreo 30 a 39 años con un 15,7%. El nivel de información bueno se presentó en las edades de 20 a 29 años y de 30 a 39 años con 1,1% cada uno. No existe asociación estadísticamente significativa

Cuadro 7. Nivel de información de los médicos según grado académico

			Nivel de información			
			DEFICIENTE	REGULAR	BUENO	Total
Grado académico	Bachiller Titulado	Recuento	25	29	2	56
		% del total	28,1%	32,6%	2,2%	62,9%
	Magíster	Recuento	12	17	0	29
		% del total	13,5%	19,1%	0,0%	32,6%
	Doctor	Recuento	2	2	0	4
		% del total	2,2%	2,2%	0,0%	4,5%
	Total	Recuento	39	48	2	89
		% del total	43,8%	53,9%	2,2%	100,0%

$$X^2= 1,439$$

$$p= 0,837$$

El nivel de información regular se presentó mayormente en el grupo de grado académico Bachiller titulado con un 32,6%, mientras que el nivel de información deficiente también se presentó mayoritariamente en este grupo con un 28,1%, el nivel de información bueno se presentó solo en el mismo grupo con un 2,2%. No existe asociación estadísticamente significativa.

Cuadro 8. Nivel de información de los médicos según especialidad

			Nivel de Información			
			DEFICIENTE	REGULAR	BUENO	Total
Especialidad	Pediatria	Recuento	30	24	1	55
		% del total	33,7%	27,0%	1,1%	61,8%
	Cirugía Pediátrica	Recuento	3	6	0	9
		% del total	3,4%	6,7%	0,0%	10,1%
	Otorrinolaringología	Recuento	3	10	0	13
		% del total	3,4%	11,2%	0,0%	14,6%
	Cirugía de Cabeza y cuello	Recuento	3	7	1	11
		% del total	3,4%	7,9%	1,1%	12,4%
	Otro	Recuento	0	1	0	1
		% del total	0,0%	1,1%	0,0%	1,1%
Total	Recuento	39	48	2	89	
	% del total	43,8%	53,9%	2,2%	100,0%	

$$X^2 = 10,138$$

$$p = 0,256$$

En la especialidad de Pediatría la mayoría cuenta con un nivel de información deficiente con un 33,7%, en Cirugía Pediátrica la mayoría presenta un nivel de información regular con un 6,7%, en Otorrinolaringología un nivel de información regular en la mayoría de sus participantes con un 11,2%, mientras que en Cirugía de Cabeza y Cuello la mayoría cuenta con un nivel de información regular un 7,9% del total, no existiendo asociación estadísticamente significativa entre las variables

Cuadro 9. Nivel de Información de los médicos según años de experiencia profesional

			Nivel de Información			Total
			DEFICIENTE	REGULAR	BUENO	
Experiencia profesional	menos de 1 año	Recuento	2	2	0	4
		% dentro de Experiencia profesional	50,0%	50,0%	0,0%	100,0%
		% del total	2,2%	2,2%	0,0%	4,5%
	1 a 5 años	Recuento	18	23	1	42
		% dentro de Experiencia profesional	42,9%	54,8%	2,4%	100,0%
		% del total	20,2%	25,8%	1,1%	47,2%
	6 a 10 años	Recuento	8	9	1	18
		% dentro de Experiencia profesional	44,4%	50,0%	5,6%	100,0%
		% del total	9,0%	10,1%	1,1%	20,2%
	11 a 20 años	Recuento	5	10	0	15
		% dentro de Experiencia profesional	33,3%	66,7%	0,0%	100,0%
		% del total	5,6%	11,2%	0,0%	16,9%
	20 años a más	Recuento	6	4	0	10
		% dentro de Experiencia profesional	60,0%	40,0%	0,0%	100,0%
		% del total	6,7%	4,5%	0,0%	11,2%
Total	Recuento	39	48	2	89	
	% dentro de Experiencia profesional	43,8%	53,9%	2,2%	100,0%	
	% del total	43,8%	53,9%	2,2%	100,0%	

$$X^2= 3,430$$

$$p= 0,905$$

El nivel de información regular fue mayoritario en el grupo de 1 a 5 años 25,8% del total, mientras que el nivel de información deficiente se concentra de igual forma en el grupo de 6 a 10 años, con un 20,2% del total. No existe asociación estadísticamente significativa entre las variables

Cuadro 10. Actitud de los médicos frente al primer caso de avulsión dentaria según género

			Actitud1		
			ACTITUD INDECISA	ACTITUD ADECUADA	Total
Género	masculino	Recuento	25	15	40
		% del total	28,1%	16,9%	44,9%
	femenino	Recuento	38	11	49
		% del total	42,7%	12,4%	55,1%
Total		Recuento	63	26	89
		% del total	70,8%	29,2%	100,0%

$$X^2= 2,412 \quad p= 0,120$$

La actitud indecisa del género femenino presentó un 42,7% del total, mientras que el masculino un 28,1% del total, y en actitud adecuada el género masculino presento un 16,9% y el femenino un 12,4%. No existe una asociación estadísticamente significativa.

Cuadro 11. Actitud de los médicos frente al primer caso de avulsión dentaria según edad

		Actitud1		Total
		ACTITUD INDECISA	ACTITUD ADECUADA	
Edad	20 a 29 años	Recuento	20	9
		% del total	22,5%	10,1%
	30 a 39 años	Recuento	22	4
		% del total	24,7%	4,5%
	40 a 49 años	Recuento	12	8
		% del total	13,5%	9,0%
	50 años a más	Recuento	9	5
		% del total	10,1%	5,6%
	Total	Recuento	63	26
		% del total	70,8%	29,2%

$$X^2 = 3,862$$

$$p = 0,277$$

Los médicos tuvieron mayormente una actitud indecisa en el grupo etáreo de 30 a 39 años con 24,7% del total, mientras que la actitud adecuada se concentró mayormente en el grupo de 20 a 29 años con un 10,1% del total. No existe asociación estadísticamente significativa

Cuadro 12. Actitud de los médicos frente al primer caso de avulsión dentaria según grado académico

			Actitud1		Total
			ACTITUD INDECISA	ACTITUD ADECUADA	
Grado académico	Bachiller Titulado	Recuento	42	14	56
		% del total	47,2%	15,7%	62,9%
	Magíster	Recuento	17	12	29
		% del total	19,1%	13,5%	32,6%
	Doctor	Recuento	4	0	4
		% del total	4,5%	0,0%	4,5%
	Total	Recuento	63	26	89
		% del total	70,8%	29,2%	100,0%
X²= 4,207		p=0,122			

La actitud indecisa de los médicos se presentó mayormente en médicos con bachiller con un 47,2% del total, mientras que la actitud adecuada se presentó mayormente en el mismo grupo con un 15,7% seguido por los magísteres con un 13,5%. No existe asociación estadísticamente significativa

Cuadro 13. Actitud de los médicos frente al primer caso de avulsión dentaria según especialidad

			Actitud1		Total
			ACTITUD INDECISA	ACTITUD ADECUADA	
Especialidad	Pediatría	Recuento	41	14	55
		% del total	46,1%	15,7%	61,8%
	Cirugía Pediátrica	Recuento	8	1	9
		% del total	9,0%	1,1%	10,1%
	Otorrinolaringología	Recuento	6	7	13
		% del total	6,7%	7,9%	14,6%
	Cirugía de Cabeza y cuello	Recuento	8	3	11
		% del total	9,0%	3,4%	12,4%
	Otro	Recuento	0	1	1
		% del total	0,0%	1,1%	1,1%
	Total	Recuento	63	26	89
		% del total	70,8%	29,2%	100,0%
X ² = 8,060		p= 0,089			

La actitud indecisa se presentó mayormente en la especialidad de Pediatría con un 46,1%, mientras que la actitud adecuada se presentó mayormente en la misma especialidad de Pediatría con un 15,7%. No existe asociación estadísticamente significativa.

Cuadro 14. Actitud de los médicos frente al primer caso de avulsión dentaria según años de experiencia profesional

			Actitud1		Total
			ACTITUD INDECISA	ACTITUD ADECUADA	
Experiencia profesional	menos de 1 año	Recuento	4	0	4
		% del total	4,5%	0,0%	4,5%
	1 a 5 años	Recuento	31	11	42
		% del total	34,8%	12,4%	47,2%
	6 a 10 años	Recuento	13	5	18
		% del total	14,6%	5,6%	20,2%
	11 a 20 años	Recuento	9	6	15
		% del total	10,1%	6,7%	16,9%
	20 años a más	Recuento	6	4	10
		% del total	6,7%	4,5%	11,2%
	Total	Recuento	63	26	89
		% del total	70,8%	29,2%	100,0%
X ² = 3,261		p= 0,515			

La actitud indecisa se presentó mayormente en médicos con experiencia profesional entre 1 y 5 años con un 34,8% del total, mientras que la actitud adecuada se presentó con mayor porcentaje en el mismo grupo con un 12,4%. No se evidencia asociación estadísticamente significativa

Cuadro 15. Actitud de los médicos frente al segundo caso de avulsión dentaria según género

		Actitud 2		Total
		ACTITUD INDECISA	ACTITUD ADECUADA	
Género	masculino	Recuento	31	9
		% del total	34,8%	10,1%
	femenino	Recuento	44	5
		% del total	49,4%	5,6%
Total		Recuento	75	14
		% del total	84,3%	15,7%
X ² = 2,512		p= 0,113		

La actitud indecisa se encontró mayormente en el género femenino con 49,9% del total, mientras que la actitud adecuada se encontró mayormente en el género masculino con un 10,1% del total. No existe asociación estadísticamente significativa entre las dos variables.

Cuadro 16. Actitud de los médicos frente al segundo caso de avulsión dentaria según edad

		Actitud 2		Total	
		ACTITUD INDECISA	ACTITUD ADECUADA		
Edad	20 a 29 años	Recuento	23	6	29
		% del total	25,8%	6,7%	32,6%
	30 a 39 años	Recuento	23	3	26
		% del total	25,8%	3,4%	29,2%
	40 a 49 años	Recuento	16	4	20
		% del total	18,0%	4,5%	22,5%
	50 años a más	Recuento	13	1	14
		% del total	14,6%	1,1%	15,7%
Total	Recuento	75	14	89	
	% del total	84,3%	15,7%	100,0%	
X²= 1,937		p= 0,586			

La actitud indecisa se concentró en los grupos etáreos 20 a 29 años y 30 a 39 años con un 25,8% cada uno, mientras que la actitud adecuada se acentuó masen el grupo etáreo de 20 a 29 años. No existe asociación estadísticamente significativa.

Cuadro 17. Actitud de los médicos frente al segundo caso de avulsión dentaria según grado académico

			Actitud 2		Total
			ACTITUD INDECISA	ACTITUD ADECUADA	
Grado académico	Bachiller Titulado	Recuento	47	9	56
		% del total	52,8%	10,1%	62,9%
	Magíster	Recuento	24	5	29
		% del total	27,0%	5,6%	32,6%
	Doctor	Recuento	4	0	4
		% del total	4,5%	0,0%	4,5%
	Total	Recuento	75	14	89
		% del total	84,3%	15,7%	100,0%
	$X^2=0,802$		$p=0,670$		

La actitud indecisa se presentó en su mayoría en el grado bachiller titulado con un 52,8% del total mientras que la actitud adecuada se dio en mayor parte en el mismo grupo con un 10,1%. No se encontró asociación estadísticamente significativa.

Cuadro 18. Actitud de los médicos frente al segundo caso de avulsión dentaria según especialidad

			Actitud 2		Total
			ACTITUD INDECISA	ACTITUD ADECUADA	
Especialidad	Pediatría	Recuento	49	6	55
		% del total	55,1%	6,7%	61,8%
	Cirugía Pediátrica	Recuento	8	1	9
		% del total	9,0%	1,1%	10,1%
	Otorrinolaringología	Recuento	9	4	13
		% del total	10,1%	4,5%	14,6%
	Cirugía de Cabeza y cuello	Recuento	8	3	11
		% del total	9,0%	3,4%	12,4%
	Otro	Recuento	1	0	1
		% del total	1,1%	0,0%	1,1%
	Total	Recuento	75	14	89
		% del total	84,3%	15,7%	100,0%
X²= 4,620		p=0,329			

La actitud indecisa se presentó en su mayoría en la especialidad de Pediatría con un 55,1% del total mientras que la actitud adecuada se dio en mayor parte en el mismo grupo con un 6,7%. No se encontró asociación estadísticamente significativa

Cuadro 19. Actitud de los médicos frente al segundo caso de avulsión dentaria según años de experiencia profesional

			Actitud 2		Total
			ACTITUD INDECISA	ACTITUD ADECUADA	
Experiencia profesional	menos de 1 año	Recuento	4	0	4
		% del total	4,5%	0,0%	4,5%
	1 a 5 años	Recuento	34	8	42
		% del total	38,2%	9,0%	47,2%
	6 a 10 años	Recuento	15	3	18
		% del total	16,9%	3,4%	20,2%
	11 a 20 años	Recuento	12	3	15
		% del total	13,5%	3,4%	16,9%
	20 años a más	Recuento	10	0	10
		% del total	11,2%	0,0%	11,2%
	Total	Recuento	75	14	89
		% del total	84,3%	15,7%	100,0%
X ² = 3,180		p= 0,528			

Tanto en los grupos de menos de 1 año y de 11 a 20 años el 100% mostraron actitud indecisa, no obstante la mayor parte de los indecisos se concentró más en el grupo de 1 a 5 años 38,2% del total. No se encontró asociación estadísticamente significativa entre las variables

Cuadro 20. Relación entre los puntajes de Información y Actitud de los médicos para el primer caso de avulsión dentaria

Correlaciones			
		Puntaje Información	Puntaje Actitud1
Puntaje Información	Correlación de Pearson	1	,442**
	Sig. (bilateral)		,000
	N	89	89
Puntaje Actitud 1	Correlación de Pearson	,442**	1
	Sig. (bilateral)	,000	
	N	89	89

** . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Se encontró una correlación directa con un coeficiente de Pearson 0,442 significativa ($p= 0,000$) a un nivel de significancia de 0,01. Se observa que a mayor puntaje de Información mejora el puntaje de actitud

Cuadro 21. Relación entre los puntajes de Información y Actitud de los médicos para el segundo caso de avulsión dentaria

Correlaciones			
		Puntaje Información	Puntaje Actitud 2
Puntaje Información	Correlación de Pearson	1	,363**
	Sig. (bilateral)		,000
	N	89	89
Puntaje Actitud 2	Correlación de Pearson	,363**	1
	Sig. (bilateral)	,000	
	N	89	89

** . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Se encontró una correlación directa con un coeficiente de Pearson de 0,363 significativa ($p=0,000$) a un nivel de significancia de 0,01. Se observa que a mayor puntaje de Información mejora el puntaje de actitud.

Cuadro 22. Relación entre el nivel de Información y Actitud de los médicos para el primer caso de avulsión dentaria

			Actitud 1		Total
			ACTITUD INDECISA	ACTITUD ADECUADA	
Nivel de Información	DEFICIENTE	Recuento	35	4	39
		% del total	39,3%	4,5%	43,8%
	REGULAR	Recuento	28	20	48
		% del total	31,5%	22,5%	53,9%
	BUENO	Recuento	0	2	2
		% del total	0,0%	2,2%	2,2%
	Total	Recuento	63	26	89
		% del total	70,8%	29,2%	100,0%

Coeficiente de correlación de Spearman = 0,394

p= 0,000

El 39,3% de los médicos presenta un nivel de información deficiente con una actitud indecisa, el 31,5% de ellos presenta un nivel de información regular y tienen una actitud indecisa, mientras que el 2,2% de los médicos presenta un buen nivel de información con una actitud adecuada. Se observa que a mayor nivel de información mejora la actitud. Existe una asociación directa estadísticamente significativa entre el nivel de información de los médicos sobre manejo inmediato de avulsiones dentarias y su actitud frente al primer caso de avulsión dentaria (Coeficiente de correlación de Spearman =0,394 p=0,000)

Cuadro 23. Relación entre el nivel de Información y Actitud de los médicos para el segundo caso de avulsión dentaria

			Actitud 2		Total
			ACTITUD INDECISA	ACTITUD ADECUADA	
Nivel de Información	DEFICIENTE	Recuento	35	4	39
		% del total	39,3%	4,5%	43,8%
	REGULAR	Recuento	40	8	48
		% del total	44,9%	9,0%	53,9%
	BUENO	Recuento	0	2	2
		% del total	0,0%	2,2%	2,2%
	Total	Recuento	75	14	89
		% del total	84,3%	15,7%	100,0%

Coeficiente de correlación de Spearman = 0,186

p= 0,081

El 39,3% de los médicos presenta un nivel de información deficiente con una actitud indecisa, el 44,9% de ellos presenta un nivel de información regular y tienen una actitud indecisa, mientras que el 2,2% de los médicos presenta un buen nivel de información con una actitud adecuada. Se observa que a mayor nivel de información mejora la actitud. Existe una asociación directa entre el nivel de información de los médicos sobre manejo inmediato de avulsiones dentarias y su actitud frente al segundo caso de avulsión dentaria (Coeficiente de correlación de Spearman =0,186 p=0,081)

IV. DISCUSIÓN

Distintos países alrededor del mundo realizaron trabajos de investigación similares respecto al conocimiento de avulsiones dentarias en personal de salud, en nuestro país se hicieron estudios similares al respecto pero aplicados a poblaciones y muestras distintas. En cuanto a actitud, existen estudios que fueron aplicados con éxito en personas comunes y en otros profesionales.

Este estudio buscó determinar el nivel de información y actitud de los médicos sobre manejo inmediato de avulsiones dentarias en cuyos hospitales por ser de nivel III-1 en el Cercado de Lima que por ser muy populosos muestran una cantidad muy considerable de médicos quienes podrían participar; asimismo mostrar el papel importante que tienen los médicos dado que frecuentemente atienden casos de esta naturaleza porque son los profesionales de la salud que en el Perú son los que más contacto tienen con los pacientes en distintas especialidades de acuerdo a estadísticas

Si bien el instrumento de recolección de datos fue procesado con validez y confiabilidad, tuvo semejanza con el que utilizó QUINTANA C.⁸ (2007) cuyas preguntas fueron de opción múltiple para conocimientos y actitudes los cuales estaban dirigidos a una población diferente, pero se modificaron muchos parámetros de evaluación para efectos de este estudio

Los resultados obtenidos nos permiten afirmar que el nivel de información de los médicos es regular en un 53,2% y tan solo el 2,2% posee un nivel de información bueno (Ver cuadro 1). Estos resultados pueden justificarse debido a que en el país no se difundió de manera efectiva el protocolo de manejo inmediato de traumatismos dentarios. Estudios como los de HOLAN G. y SHMUELI Y.⁴ (2003) demostraron que solo el 4% de los médicos podían ofrecer un tratamiento inicial adecuado y que si fuese seguido por el tratamiento dental, podría salvarse el diente avulsionado.

AYÇA U y HASAN Ö¹³. (2011) evaluaron el conocimiento de los médicos de emergencias que trabajan en las salas de emergencia de hospitales en cuanto a su posible papel en el tratamiento de las lesiones por avulsión traumáticas dentarias y se consideró que un 40,6% de los encuestados tenían un conocimiento insuficiente y la mayoría (78,3%) afirmaron que les gustaría más educación en el tema.

Asimismo estudios como los de RAOOF M y VAKILIAN A.¹⁶ (2012) obtuvieron resultados más alentadores, el 10,6% de los médicos tenía conocimiento alto sobre traumas dentarios.

Luego NEEDLEMAN H y STUCENSKI K.¹⁵ (2012) llegaron a la conclusión que deberían llevarse a cabo campañas educativas para mejorar tanto los recursos disponibles para los servicios de urgencias, y el conocimiento de los médicos con respecto a la gestión de emergencias de lesiones dentales traumáticas

Asimismo WALKER A y BRENCHLEY J.³ (2000) informan que profesionales inexpertos recibieron poca información sobre los dientes avulsionados por lo que generaría confusión en cuanto a la acción a tomar cuando se presenta este problema. Así que las campañas educativas son necesarias, y de suma importancia sobre todo para que los profesionales que tratan niños tengan un protocolo para estos casos.

Existen otros estudios que se realizaron mucho antes como los de STOKES AN y col.² (1992) que se realizó a personas inexpertas cuya investigación concluyó que existe necesidad de campañas educativas dirigidas a los miembros del grupo de inexpertos claramente involucrados con el manejo de la emergencia de un diente avulsionado traumáticamente

Todos estos estudios realizados anteriormente demostraron con claridad la insuficiente información que manejan los médicos respecto a estas urgencias, es por ello que la parte actitudinal también fue importante evaluarlo pues en el mejor de los casos según este estudio el 70,8% de los médicos poseen una actitud indecisa mientras que el

29,2% (Ver cuadro 2) de ellos poseen una actitud adecuada, dato que nos permite poder intuir que existe una relación entre la información y la actitud

Adicionalmente WALKER A. y BRENCHLEY J.³ (2000) informan que en los profesionales (médicos y enfermeras) el 33 % había recibido consejo sobre avulsión y con respecto a reimplantar el diente avulsionado sólo el 10 % creía que 2 horas era lo ideal, resultados que no distan mucho de lo presentado en este trabajo en cuanto a las actitudes.

Al momento de relacionar el nivel de información con la actitud observamos que existe una asociación directa estadísticamente significativa ($p=0,000$) entre estas dos variables lo cual nos indica que a mayor nivel de información de los médicos mejor será su actitud y viceversa ante casos de avulsiones dentarias en el cual el 39,3% de los médicos tuvieron un nivel de información deficiente con una actitud indecisa mientras que solo el 2,2% de los médicos tuvieron un buen nivel de información con una actitud adecuada (Ver Cuadro 21 y 22) en contraparte con el trabajo de investigación de NEEDLEMAN H y STUCENSKI K.¹⁵ (2012) cuyos resultados el 50 % de los médicos tenían cobertura dental para la atención de estas urgencias en el lugar, y el 43,8 % tenían 24 h cobertura dental en otro lugar pero ninguno tenía un protocolo de trauma dental formal por escrito, luego el conocimiento de los médicos en una adecuada gestión de luxaciones y avulsiones en general fue bueno, probablemente porque uno de los factores sea el desarrollo humano, educación y otras condiciones demográficas los cuales hacen que los resultados difieran sustancialmente a los expuestos anteriormente.

Este estudio también se interesó por evaluar ambas variables de acuerdo a rasgos generales como género y edad, y otras características como grado académico, especialidad y años de experiencia profesional. Lógicamente para la mejora en la investigación se implementó estas covariables para saber si existe asociación con las variables principales.

La primera covariable **género** no presentó una asociación estadísticamente significativa con las variables principales nivel de conocimiento y actitud dado que la primera presentó un chi cuadrado de 3,795 ($p= 0,150$) lo cual significa que no existen diferencias de nivel de información que dependan directamente del género, es decir no interesa si es de género masculino o femenino para que el nivel de información sea diferente (Ver cuadro 5); en cuanto la actitud demostró un similar resultado al no presentar una asociación estadísticamente significativa tanto para el primer caso (Ver cuadro 10) con un chi cuadrado de 2,412 ($p=0,120$) como para el segundo caso de avulsión dentaria (Ver cuadro 15) con chi cuadrado de 2,512 ($p=0,113$).

La segunda covariable **edad** demostró lo propio porque no se encontró relación estadísticamente significativa con las variables porque mostró un chi cuadrado de 9,851 ($p= 0,131$) para nivel de información el cual nos quiere decir que no existen diferencias de nivel de información que dependan directamente de la edad que tenga el participante (Ver cuadro 6); para actitud de igual forma, en el primer caso (Ver cuadro 11) el chi fue de 3,862 ($p=0,277$) y para el segundo caso (Ver cuadro 16) de avulsión fue de 1,937 ($p=0,586$). En resumen tanto el género como la edad no se asocian con el nivel de información ni con la actitud, ambas covariables no se asocian significativamente a estas variables.

La tercera covariable **grado académico** fue tomada en cuenta porque establece parámetros de estudios superiores que pueden influenciar en el conocimiento cualquiera que sea la disciplina pero aun así no se relacionó significativamente con el nivel de información de los médicos dado que se obtuvo un chi cuadrado de 1,439 ($p=0,837$) lo cual significa no existen diferencias en el nivel de información sea un bachiller titulado, un magíster o un doctor (Ver cuadro 7). Estos datos podrían significar que el conocimiento odontológico en estos casos de urgencia no está siendo impartido o es pobremente enseñado tanto en médicos en formación como en profesionales. En cuanto a actitud también ocurre algo parecido porque esta variable

también podría ser influenciada por el mismo grado académico pero en este estudio no se encontró asociación estadísticamente significativa, se obtuvo un chi cuadrado de 4,207 ($p=0,122$) para el primer caso (Ver cuadro 12) y 0,802 ($p=0,670$) para el segundo caso (Ver cuadro 17) lo cual nos indica que no existen diferencias de actitud sea un bachiller titulado, un magíster o un doctor. Una revisión realizada por KROL, D. M⁶² (2003) donde concluye que el nivel de formación en salud oral para los pediatras en el pregrado, postgrado y cursos de educación continua son insuficientes para proporcionar a los pediatras las competencias necesarias para otorgar los cuidados adecuados para la salud oral de los niños lo cual nos puede permitir ratificar que el grado académico no es un factor influyente sobre el nivel de información y la actitud de los médicos respecto a conocimientos odontológicos especialmente en niños.

La cuarta covariable **especialidad** fue tomada en cuenta porque lógicamente podría ser un factor con fuerte influencia en el nivel de información sobre avulsiones dentarias en niños, el hecho de ejercer una especialidad o ser un profesional en formación hace que se complementen varios estudios que se dieron en la universidad tomando en cuenta que se encuestaron a residentes (médicos en proceso de especialización) y asistentes (médicos especialistas). Esta variable pudo haber tenido más categorías de escala, es decir más especialidades para tomar en cuenta para el estudio sin embargo por razones internas solo se nos propició principalmente 04 especialidades a investigar: Pediatría, Cirugía Pediátrica, Otorrinolaringología, y Cirugía de Cabeza y Cuello a criterio de cada hospital y de sus respectivos servicios. Los resultados indican que no existe asociación estadísticamente significativa para el nivel de información (Ver cuadro 8) puesto que se encontró un chi cuadrado de 10,138 ($p=0,256$) ni para los dos casos de actitud ante una avulsión dentaria en niños: 8,060 ($p=0,089$) para el primero (Ver cuadro 13) y 4,620 ($p=0,329$) para el segundo caso (Ver cuadro 18). Estos coeficientes nos indican que no existe diferencia alguna en el nivel de información ni en la actitud de los médicos sean de la especialidad que sea, es decir

las diferentes especialidades no son determinantes para que haya un mejor o peor nivel de información o actitud.

Por último la quinta covariable **experiencia profesional** se tomó en cuenta en este estudio porque por lógica simple los médicos que tengan mayor experiencia profesional son los que resultan tener mayor nivel de información y una mejor actitud frente a cualquier caso hipotético, pero los resultados nos dicen que esta lógica fue errónea puesto que se obtuvo un valor chi de 3,430 ($p=0,905$) al evaluarlo con el nivel de información (Ver cuadro 9), de igual forma al evaluarlo con la actitud porque se obtuvo un valor chi de 3,261 ($p=0,515$) para el primer caso de avulsión dentaria (Ver cuadro 14), mientras que para el segundo caso (Ver cuadro 19) 3,180 ($p=0,528$), coeficientes que nos indican que no importa los años de experiencia profesional que tenga un médico, no existirá diferencias en su nivel de información y actitud frente a avulsiones dentarias en niños.

Existen varios estudios realizados a médicos con respecto a conocimientos odontológicos, aunque en la revisión de la literatura no se encontró mayor parecido a lo planteado en este estudio pero podemos verificar que en el trabajo de investigación que realizó HOPE B. y col.⁶¹ (2013) en el que observaron que sólo el 3% poseía un buen conocimiento sobre salud oral y que el 66,87% nunca recibió instrucción en salud oral durante su formación como especialista. Estos datos son de suma importancia, en América latina tal como lo afirma Hope en su estudio el conocimiento médico en salud oral es insuficiente y necesita ser reforzado, ergo si trasladamos esta investigación y la complementamos con lo que se observó en este estudio podemos fiabilizar nuestros resultados al respecto, por ende nuestro país no se encuentra exento de esta problemática, se necesita implementar otros recursos con urgencia que puedan garantizar un mayor conocimiento de los médicos respecto a salud oral y otras urgencias estomatológicas.

V. CONCLUSIONES

1. El nivel de información de los médicos de hospitales nivel III-1 del cercado de Lima sobre manejo inmediato de avulsiones dentarias en niños es predominantemente regular.
2. La actitud de los médicos de hospitales nivel III-1 del cercado de Lima sobre manejo inmediato avulsiones dentarias en niños es predominantemente indecisa.
3. El nivel de información los médicos de hospitales nivel III-1 del cercado de Lima sobre manejo inmediato de avulsiones dentarias en niños no tuvo una asociación estadísticamente significativa con el género, la edad, el grado académico, la especialidad ni la experiencia profesional.
4. La actitud los médicos de hospitales nivel III-1 del cercado de Lima sobre manejo inmediato de avulsiones dentarias en niños no tuvo una asociación estadísticamente significativa con el género, la edad, el grado académico, la especialidad ni la experiencia profesional
5. Existe una relación directa entre el nivel de información y la actitud de los médicos de hospitales nivel III-1 del cercado de Lima sobre manejo inmediato de avulsiones dentarias en niños en la que se puede comprobar estadísticamente una relación significativa, podemos afirmar que a mayor nivel de información mejor actitud y que a un menor nivel de información peor será la actitud, siendo predominantemente el nivel de información regular con una actitud indecisa.

VI. RECOMENDACIONES

1. Los médicos representan una población con capacidades clínicas suficientes para enfrentar tratamientos de urgencia y referirlos a los profesionales especializados para su correcto tratamiento como son los cirujanos dentistas, sin embargo el presente estudio halló que en general este grupo profesional tiene conocimientos insuficientes y regulares, por ello es conveniente capacitarlos para elevar su nivel de información y actitudes frente a estos tratamientos de urgencias en beneficio de los pacientes afectados
2. Se debe establecer coordinaciones entre las facultades de Odontología, Medicina, el Ministerio de Salud y EsSalud para efectivizar la socialización de las guías especializadas en el manejo de avulsiones y demás traumatismos dentales dirigido a los médicos en general.
3. Se sugiere implementar cursos de emergencia y/o urgencia que aborden el manejo inmediato de avulsiones y demás traumatismos dentarios durante la formación de los médicos en las Facultades de Medicina en pregrado y posgrado; y en cursos de que brinda el Ministerio de Salud en convenio suscrito con diferentes universidades del Perú.
4. Se sugiere realizar otros estudios sobre el manejo inmediato de las avulsiones dentarias en poblaciones de diferentes grupos étnicos
5. Se recomienda que las facultades de Odontología mediante el departamento de Proyección Social brinden cursos de manejo de urgencias dentales dirigidos a estudiantes y profesionales médicos para así ampliar el nivel de información y mejorar su protocolo de atención.
6. Se sugiere difundir las ventajas de la leche, dado que es un medio de transporte disponible en los hogares, ya que en nuestro país el consumo de leche es común y están al alcance de todos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. **GARCÍA BC, MENDOZA MA.** Traumatología oral en Odontopediatría. Diagnóstico y tratamiento integral. España; Editorial Ergon; 2003: 11-29,57-176
2. **STOKES AN, ANDERSON HK y COWAN TM.** Lay and professional knowledge of methods for emergency management of avulsed teeth. Endod Dent Traumatol. 1992;8(4):160-162.
3. **WALKER A, BRENCHELEY J.** It's a knockout: survey of the management of avulsed teeth. AccidEmergNurs. 2000;8(2):66-70.
4. **HOLAN G, SHMUELI Y.** Knowledge of physicians in hospital emergency rooms in Israel on their role in cases of avulsion of permanent incisors. International Journal of Paediatric Dentistry. 2003;13:13-19.
5. **GALLEGO RJ.** Nivel de conocimientos sobre el manejo inmediato de los traumas dentales en profesores de educación física. Acta Odontológica Venezolana. San José de las Lajas. 2005;9(4):78-83.
6. **PANZARINI SR, PEDRINI D, BRANDINI DA, POI WR, SANTOS MF, CORREA JPT, SILVA FF.** Physical education undergraduates and dental trauma knowledge. Dent Traumatol. 2005;21(6):324-328.
7. **MORI GG, TURCIO KHL, BORRO VPB, MARIUSSO, AM.** Evaluation of the knowledge of tooth avulsion of school professionals from Adamantina, São Paulo, Brazil. Dental Traumatol. 2007;23(1):2-5
8. **QUINTANA DEL SOLAR CI** Manejo inmediato de la avulsión y fractura dentaria en niños: información, actitud y experiencia previa de los padres y profesores. Lima, Perú. 2007; 25-27
9. **LEGAÑO AJ, LANDRIAN DC, ARIAS HS.** Nivel de información sobre traumatismos dentoalveolares en padres y educadores. Camagüey, Cuba. Revista Archivo Médico de Camagüey. 2009; 13(4):44-48

10. **GRANVILLE AF, FERREIRA JM, DE MENEZES VA, CAVALCANTI SDA, LEONEL M, CAVALCANTI A.** Dental avulsion: experience, attitudes, and perception of dental practitioners of Caruaru. . Pernambuco, Brazil. *Rev Odonto Cienc.* 2009; 24(3):244-8.
11. **YANXIANG Z, YI G.** Knowledge of emergency management of avulsed teeth: a survey of dentists in Beijing, China. Pekín, China. *Dental Traumatology.* 2010; 26(3):281-284
12. **GÓMEZ DP, ORIANA CA, SIMANCAS PM.** Conocimientos, actitudes y prácticas sobre trauma dentoalveolar en docentes de instituciones educativas oficiales de Cartagena. *Revista Colombiana de Investigación en Odontología.* 2011; 2(5): 101-105
13. **AYÇA TU, HASAN Ö, BENGI Ç, ŞENAY K.** Knowledge of medical hospital emergency physicians about the first-aid management of traumatic tooth avulsion. *International Journal of Pediatric Dentistry.* 2012; 28(4):314–319
14. **BAGINSKA J, WILCZYNSKA-BORAWSKA M** Knowledge of nurses working at schools in Białystok, Poland, of tooth avulsion and its management. *Dental Traumatology.* 2012; 28(4):314–319
15. **NEEDLEMAN H, STUCENSKI K, FORBES PW, CHEN Q, STACK AM.** Massachusetts emergency departments' resources and physicians' knowledge of management of traumatic dental injuries. *Dental Traumatology.* 2013 29(4):272–279
16. **RAOOF M, VAKILIAN A, KAKOEI SH, MANOCHEHRIFAR H, MOHAMMADALIZADEH S.** Should medical students be educated about dental trauma emergency management? A study of physicians and dentists in Kerman province, Iran. *Journal of Dental Education,* 2013; 77(4):494-501
17. **ÇINAR Ç, ATABEK D, ALAÇAM A.** Knowledge of dentists in the management of traumatic dental injuries in Ankara, Turkey. *Oral Health & Preventive Dentistry.* 2013; 11(1):23-30.

- 18. ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD, ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD.** MIGUEL GLIZER ISAAC. Prevención de accidentes y lesiones: Conceptos, métodos y orientaciones para países en desarrollo. Serie Paltext para Ejecutores de programas de Salud. EE.UU. OPS-OMS. 1993;(29):31-84.
- 19. CHOI SC, PARK JH, PAE A, KIM JR.** Retrospective study on traumatic dental injuries in preschool children at Kyung Hee Dental Hospital, Seoul, South Korea. Dent Traumatol. 2010; 26(1):70-5.
- 20. ESCOBAR FM.** Traumatismos en la dentición temporal. En: Escobar FM. Odontología Pediátrica. 2da Edición. Chile; Editorial Universitaria; 1990: 213-226.
- 21. JACOBSEN I, MODEER T.** Lesiones Traumáticas. En: KOCH G, MODEÉR T, POULSEN S, RASMUSSEN P. Odontopediatría Enfoque Clínico. España; Editorial Médica Panamericana. 1994: 167-185
- 22. PAREDES-MARTÍNEZ ER, DÍAZ- PIZÁN ME.** Avulsión en la dentición decidua: ¿reimplantar o no?. Rev Estomatol Herediana. 2009; 19(1):63-5
- 23. SKAARE AB, JACOBSEN I.** Primary tooth injuries in Norwegian children (1-8 years). DentTraumatol. 2005; 21(6):315-9.
- 24. NELSON-FILHO P, SILVA RA, FARIA G, FREITAS AC.** Odontoma-like malformation in a permanent maxillary central incisor subsequent to trauma to the incisor predecessor. Dent Traumatol. 2005; 21(5):309-12
- 25. DE CARVALHO ROCHA MJ, CARDOSO M.** Reimplantation of primary tooth-- case report. Dent Traumatol. 2008; 24(4):e4-10
- 26. SANDALLI N, CILDIR S, GULER N.** Clinical investigation of traumatic injuries in Yeditepe University, Turkey during the last 3 years. Dent Traumatol. 2005; 21(4):188-94.
- 27. SAKAI VT, MORETTI AB, OLIVEIRA TM, SILVA TC, ABDO RC, SANTOS CF, MACHADO MA.** Replantation of an avulsed maxillary primary central incisor and management of dilaceration as a sequel on the permanent successor. Dent Traumatol. 2008; 24(5):569-73

- 28. CHRISTOPHERSEN P, FREUND M, HARILD L.** Avulsion of primary teeth and sequelae on the permanent successors. *Dent Traumatol.* 2005; 21(6):320-3.
- 29. FERREIRA JM, FERNANDES DE ANDRADE EM, KATZ CR, ROSENBLATT A.** Prevalence of dental trauma in deciduous teeth of Brazilian children. *Dent Traumatol.* 2009; 25(2):219-23.
- 30. JORGE KO, MOYSÉS SJ, FERREIRA E FERREIRA E, RAMOS-JORGE ML, DE ARAÚJO ZARZAR PM.** Prevalence and factors associated to dental trauma in infants 1-3 years of age. *Dent Traumatol.* 2009; 25(2):185-9.
- 31. ROCHA MJ, CARDOSO M.** Federal University of Santa Catarina endodontic treatment of traumatized primary teeth – part 2. *Dent Traumatol.* 2004; 20(6):314-26.
- 32. ZAMON EL, KENNY DJ.** Replantation of avulsed primary incisors: a risk benefit assessment. *J Can Dent Assoc.* 2001; 67(7):386.
- 33. ANDREASEN JO, ANDREASEN FM.** Essentials of traumatic Injuries to the teeth. 2da ed. St Louis: Mosby editors; 2000.
- 34. VAN W, HUBERTUS JM, STOCKLI PW.** Atlas de Odontología Pediátrica. 1ra ed. Barcelona: Masson; 2002
- 35. ESCOBAR FM.** Traumatismos en la dentición temporal. En: Escobar FM. *Odontología Pediátrica.* 2da Edición. Chile; Editorial Universitaria; 1990: 213-226
- 36. CAMERON A, WIDMER R. GREGORY P. ABOTT P.** Tratamiento de los traumatismos. En: Cameron A. *Manual de Odontología Pediátrica.* España; Harcourt Brace de España; 1998: 95-141
- 37. BASRANI E, DI NALLO R, RITACCO E.** Traumatología Dentaria en Niños y Adolescentes. Venezuela; AMOLCA; 2001:1,21-28,49-55,63-67.
- 38. COSTA LRRS da, CORRÊA MSNP, RIBEIRO RA.** Traumatismos na Dentição Decídua. En: CORRÊA MSNP. *Odontopediatria na Primeira Infância.* São Paulo; Editora Santos, 1998: 527-547.
- 39. ANDREASEN JO, ANDREASEN FM.** Lesiones Dentarias Traumáticas. España; Editorial Médica Panamericana. 1990:23-49,115-131,158

- 40. GARCÍA BC, MENDOZA MA.** Traumatología oral en Odontopediatría. Diagnóstico y tratamiento integral. España; Editorial Ergon; 2003: 11-29,57-176.
- 41. FLORES MT.** Lesiones Traumáticas en la dentición decidua. Dent Traumatol. 2002;18(6):287-298
- 42. SANTOS ME, PALMEIRA PT, SOARES DM, SOUZA CM, MACIEL WV.** Nível de conhecimento dos estudantes de Enfermagem, Educação Física e Odontologia sobre traumatismo dentoalveolar do tipo avulsão: estudo preliminar. Rev Cir Traumatol Buco-Maxilo-fac. 2009; 9(3):105-12
- 43. MARTIN MP, PILEGGI R.** A quantitative analysis of Propolis: a promising new storage media following avulsion. Dent Traumatol. 2004; 20(2):85-9.
- 44. AL-KHAYATT AS, DAVIDSON LE.** Complications following replantation of a primary incisor: a cautionary tale. Br Dent J. 2005; 198(11):687-8
- 45. AL-ASFOUR A, ANDERSSON L, AL- JAME Q.** School teachers' knowledge of tooth vulsion and dental first aid before and after receiving information about avulsed teeth and replantation. Dent Traumatol. 2008; 24(1):43-9.
- 46. KINOSHITA S, MITOMI T, TAGUCHI Y, NODA T.** Prognosis of replanted primary incisors after injuries. Endod Dent Traumatol. 2000; 16(4):175-83
- 47. AVAR A, TOPALOGLU B.** Traumatic tooth injuries to primary teeth of children aged 0-3 years. Dent Traumatol. 2009; 25(3):323-7.
- 48. DO ESPÍRITO SANTO JÁCOMO DR, CAMPOS V.** Prevalence of sequelae in the permanent anterior teeth after trauma in their predecessors: a longitudinal study of 8 years. Dent Traumatol. 2009; 25(3):300-4.
- 49. DONALDSON M, KINIRONS MJ.** Factors affecting the time of onset of resorption in avulsed and replanted incisor teeth in children. Dent Traumatol. 2001;17(5):205-209.
- 50. NGUYEN P-MT, KENNY DJ, BARRET EJ.** Socio-economic burden of permanent incisor on children an parents. Dent Traumatol. 2004;20(3);123-133.

- 51. CARDOSO M, ROCHA MJ.** Federal University of Santa Catarina follow-up management routine for traumatized primary teeth - part 1. Dent Traumatol. 2004;20(6):307-13.
- 52. INTERNATIONAL ASOCIATION DENTAL TRAUMATOLOGY-DENTAL TRAUMA.ORG** [Homepage in Internet]. Management of dental trauma in children. [Citado el 27 de Mar 2014]. Disponible en: http://www.dentaltraumaguide.org/Primary_Avulsion_Treatment.aspx.
- 53. INTERNATIONAL ASOCIATION DENTAL TRAUMATOLOGY-DENTAL TRAUMA.ORG** [Homepage in Internet]. Management of dental trauma in children. [Citado el 27 de Mar 2014]. Disponible en: http://www.dentaltraumaguide.org/Permanent_Avulsion_Treatment.aspx
- 54. FERNÁNDEZ I.** NTP 15: Construcción de una escala de actitudes tipo Likert. [Citado 27 Mar 2014]. Disponible en: http://www.mtas.es/insht/ntp/ntp_015.htm
- 55. FERNÁNDEZ E.** Estadística. [Citado 27 Mar 2014]. Disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos15/la-estadistica/la-estadistica.shtml>
- 56. NORMA TÉCNICA CATEGORÍAS DE ESTABLECIMIENTOS DE SECTOR SALUD,** Dirección General de Salud de las Personas Dirección Ejecutiva de Servicios de Salud, 2004
- 57. GUÍAS PRÁCTICAS DE ESTOMATOLOGÍA. COLECTIVO DE AUTORES,** La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2003
- 58. INTERNATIONAL CLASSIFICATION OF DISEASES (ICD), VERSION 2010** [Citado 11 Mar 2015]. Disponible en: <http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2010/en#/K00-K14>
- 59. GARCÍA-ÁLVAREZ L, OTEO JA.** Efectos no antimicrobianos de las tetraciclinas. Rev Esp Quimioter. 2010; 23(1):4-11

- 60. FLORES MT, ANDERSON L, ANDREASEN JO, BAKLAND LK, MALMGREN B, BARNETT F, BOURGUIGNON C, DIANGELIS A, HICKS L, SIGURDSSON A, TROPE M, TSUKIBOSHI M, VON ARKS T.** Protocolo para el manejo de lesiones traumáticas dentarias. Loma Linda: International Association of Dental Traumatology; 2007.
- 61. HOPE B, ZAROR C, VERGARA C, DÍAZ J, BUSTOS L.** Conocimientos y Actitudes de los Pediatras Chilenos sobre Salud Oral. Temuco, Chile. International Journal of Odontostomatology, 2013; 7 (2).
- 62. KROL, D. M.** Educating pediatricians on children's oral health: past, present, and future. Pediatrics, 2004; 113(5):87-92

ANEXOS

ANEXO 1

CUESTIONARIO

INSTRUCCIONES

Gracias por su contribución en esta investigación. Lea detenidamente y marque de acuerdo a su criterio. El objetivo de esta encuesta es conocer sobre el manejo inmediato de los accidentes traumáticos en odontología. Con este cuestionario se desea identificar las acciones que usted realizaría si un niño entre 7 y 14 años (que puede ser su hijo, un familiar, un paciente o algún conocido) pierde violentamente los dientes de la boca por un accidente. Se le informa que sus datos personales son confidenciales y los resultados son anónimos. Le agradecemos por su valiosa participación

Marque sus datos personales:

Género ☐ Masculino ☐ Femenino

Edad: ☐ 20-29 años ☐ 30-39 años ☐ 40-49 años ☐ 50 años a mas

Grado académico: ☐ Bach. Titulado ☐ Magíster ☐ Doctor

Especialidad:

Experiencia profesional:

☐ Menos de 1 año ☐ 1-5 años ☐ 6-10 años

☐ 11-20 años ☐ 20 años a más

ENCIERRE CON UN CIRCULO LA RESPUESTA CORRECTA

1. A la completa desarticulación de uno o más dientes del hueso alveolar por un periodo de tiempo se le denomina:
a) Concusión dentaria c) Abfracción dentaria e) Fractura dentaria
b) Luxación extrusiva|dentaria d) Avulsión dentaria f) Desconozco
2. Un diente completamente desarticulado de su alveolo debe ser ubicado en el lugar del accidente porque:
a) Con los avances de hoy, podrían reinsertarlo en su lugar
b) No se recoge el diente puesto que no se puede reinsertar de nuevo
c) No se debería recoger el diente porque ya se encuentra contaminado
d) Otro por favor especifique:

3. Si a su consulta privada le traen un paciente de 8 años que se golpeó la boca jugando, y al revisarlo nota que el diente salió de su alvéolo, ¿a dónde derivaría el caso?
- a) A una clínica u hospital b) A un centro pediátrico
c) Al odontólogo d) Otro especifique.....
4. De acuerdo a los datos epidemiológicos, qué piezas dentarias cree usted que son los más propensos a traumatismos
- a) Incisivos laterales superiores b) Incisivos centrales superiores
c) Caninos superiores d) Incisivos centrales inferiores
e) a y b
5. ¿Cuál de los siguientes factores usted consideraría que se encuentra relacionado con más frecuencia a las desarticulaciones completas de dientes debido a un fuerte golpe?:
- a) Factores socioeconómicos
b) Educación de la madre
c) Mordida abierta anterior
d) Incompetencia labial (labio superior e inferior separados)
e) Todas las anteriores
f) Ninguna de las anteriores
6. ¿Cuánto tiempo consideraría ideal para buscar atención de urgencia si un diente permanente del sector anterior se desarticula completamente a causa de un fuerte golpe en la boca
- a) Entre 5 y 30 minutos b) Entre 30 minutos y 1 hora
c) Entre 1 a 2 horas d) Más de 2 horas
e) a y b
7. Si recoge el diente desarticulado del piso ¿Cómo debería ser limpiado?
- a) Debería frotarse suavemente con un cepillo dental
b) Debería frotarse suavemente con una gasa húmeda
c) Debería lavarse pero sin tocar la raíz del diente
d) El diente no debería recogerse ya que está perdido

8. Si tuviera a la mano los siguientes elementos. ¿En qué medio(s) transportaría el diente desarticulado hasta que el paciente sea llevado a la atención por urgencia?

- a) Bolsa con hielo
- b) La boca del niño
- c) En una gasa estéril
- d) En un frasco limpio con algún líquido
- e) b o d
- f) a o c

9. Si tuviera las siguientes sustancias, ¿Cuál utilizaría para LAVAR el diente permanente que se desarticuló debido a un fuerte golpe hasta llegar a emergencia?

- a) Agua potable
- b) Leche
- c) Suero fisiológico
- d) a y c
- e) Todas
- f) No lo lavaría

10. Si tuviera las siguientes sustancias, ¿Cuál utilizaría para TRANSPORTAR el diente permanente que se desarticulo debido a un fuerte golpe hasta llegar a emergencia?

- a) Agua potable
- b) Leche
- c) Suero fisiológico
- d) b y c
- e) Todas
- f) No lo transportaría

A continuación le pedimos que imagine dos casos de accidentes dentales que a continuación se lo presentamos

- I. Un niño de 9 años se encuentra jugando futbolito en una loza deportiva, al correr velozmente se choca contra el poste del arco y al poco tiempo usted lo ve sangrando porque le falta uno de sus dientes, Por favor responda las preguntas del 11 al 14:

	Si	Tal vez Si	Dudo	Tal vez No	No
11. Buscaría el diente desarticulado en el área donde se cayó.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Si lo encuentra, lo colocaría en un frasco con leche fresca.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. En ese momento intentaría reinsertar el diente en el sitio que se salió.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Coordinaría con sus padres para llevar al niño de inmediato al dentista	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- II. Una niña de 12 años se encuentra jugando en el patio de su casa, y desafortunadamente se cae al piso golpeándose fuertemente la región bucal, y nota que sangra debido a que uno de sus dientes se desarticuló por completo de su lugar, se fija en el piso y encuentra el diente. Por favor responda todas la preguntas del 15 al 18, marcando su elección por cada pregunta

	Si	Tal vez Si	Dudo	Tal vez No	No
15. Recogería el diente con cuidado para no dañar la raíz.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Colocaría el diente en un frasco con leche evaporada diluida.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. En ese momento intentaría reinsertar el diente en el sitio que se salió.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Llevaría a la niña de inmediato al dentista.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

¡Muchas gracias!

ANEXO 2

INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PARTICIPANTE

El propósito de esta ficha de consentimiento es proveer a los participantes de esta investigación una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como su rol en ella como participantes.

La presente investigación es conducida por Héctor Canturini, de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos. El objetivo de este estudio es identificar el conocimiento de los médicos sobre manejo de accidentes traumáticos en odontología y asimismo identificar las acciones que realizarían si un niño es el que sufre el accidente.

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá completar el presente cuestionario. Esto tomará aproximadamente 5 minutos de su tiempo.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas al cuestionario serán codificadas usando un número de identificación y por lo tanto, serán anónimas.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas durante la entrevista le parecen incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas.

Desde ya se agradece su participación.

Acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por Héctor Canturini. He sido informado (a) de que la meta de este estudio es identificar el conocimiento de los médicos sobre manejo de accidentes traumáticos en odontología y asimismo identificar las acciones que realizarían si un niño es el que sufre el accidente. Me han indicado también que tendré que responder un cuestionario, el cual tomará aproximadamente 5 minutos.

Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona. De tener preguntas sobre mi participación en este estudio, puedo contactar a Héctor Canturini al teléfono 982316873.

Entiendo que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido. Para esto, puedo contactar a Héctor Canturini al teléfono anteriormente mencionado.

Nombre del Participante
(En letras de imprenta)

Firma del participante

Fecha

ANEXO 3

VALIDEZ DEL INSTRUMENTO

CUESTIONARIO

“INFORMACIÓN Y ACTITUD DE LOS MÉDICOS DE HOSPITALES NIVEL III-1 DEL CERCADO DE LIMA SOBRE MANEJO INMEDIATO DE AVULSIONES DENTARIAS EN NIÑOS”

Responsable: HÉCTOR MIGUEL CANTURINI COLMENARES

Indicación: Señor especialista se le pide su colaboración para que luego de un riguroso análisis de los ítems del cuestionario que se le muestra, marque con un aspa el casillero que cree conveniente de acuerdo a su criterio y experiencia profesional, denotando si cuenta o no cuenta con los requisitos mínimos de formulación para su posterior aplicación

NOTA: Para cada pregunta se considera la escala de 1 a 5 donde:

1.-Muy Poco	2.- Poco	3.- Regular	4.- Aceptable	5.- Muy Aceptable
-------------	----------	-------------	---------------	-------------------

N°	ITEMS	PUNTAJES				
		1	2	3	4	5
1	La avulsión dentaria es la completa desarticulación de uno o más dientes del hueso alveolar por un periodo de tiempo					
2	Los dientes avulsionados deberían buscarse en el lugar del accidente porque existen procedimientos para reinsertarlo en su lugar, debería evitar perderse la pieza dentaria					
3	Los casos de piezas dentarias avulsionadas deberían derivarse preferentemente al odontólogo, antes que algún centro pediátrico o alguna clínica u hospital					
4	Según datos epidemiológicos, los incisivos centrales superiores son las piezas dentarias más propensas a traumatismos seguidos por los incisivos laterales superiores					
5	Factores socioeconómicos y educación de la madre están directamente relacionados con las avulsiones dentarias según investigaciones. La mordida abierta, incompetencia labial y otras también se encuentran relacionadas					
6	El límite de desecación tolerable para que un diente avulsionado no sufra resorción radicular fluctúa entre 20 a 30 minutos. Durante este periodo debería buscarse atención inmediata					
7	La pieza avulsionada debería de lavarse cogiéndose con cuidadosamente de la corona sin tocar la raíz y evitar el daño a células del ligamento periodontal					
8	Según el protocolo de manejo inmediato de avulsiones dentarias para personas inexpertas el diente avulsionado debería transportarse en la boca del niño o en algún frasco con algún líquido					
9	La leche, por su aporte de nutrientes y el suero fisiológico por su regulación osmótica son las sustancias de elección para lavar la pieza dentaria avulsionada, aunque también podría lavarse con agua potable para su descontaminación					
10	La leche, por su aporte de nutrientes y el suero fisiológico por su regulación osmótica son las sustancias de elección para transportar la pieza dentaria avulsionada					
11	Frente a la posibilidad de buscar el diente avulsionado en el área donde se cayó, la respuesta “Si” es 5p, “Tal vez sí” es 4p, “dudo” es 3p, “tal vez no” es 2p y “no” es 1p. Siendo “Si” la respuesta más correcta					
12	Frente a la posibilidad de colocarlo en un frasco con leche fresca, la respuesta “Si” es 5p, “Tal vez sí” es 4p, “dudo” es 3p, “tal vez no” es 2p y “no” es 1p. Siendo “Si” la respuesta más correcta					
13	Frente a la posibilidad de reinsertar el diente en el sitio de donde se salió, la respuesta “Si” es 5p, “Tal vez sí” es 4p, “dudo” es 3p, “tal vez no” es 2p y “no” es 1p. Siendo “Si” la respuesta más correcta					
14	Frente a la posibilidad de coordinar con los padres para llevar al niño al dentista, la respuesta “Si” es 5p, “Tal vez sí” es 4p, “dudo” es 3p, “tal vez no” es 2p y “no” es 1p. Siendo “Si” la respuesta más correcta					
15	Frente a la posibilidad de recoger el diente avulsionado con cuidado para no dañar la raíz, la respuesta “Si” es 5p, “Tal vez sí” es 4p, “dudo” es 3p, “tal vez no” es 2p y “no” es 1p. Siendo “Si” la respuesta más correcta					
16	Frente a la posibilidad de colocar el diente avulsionado en un frasco con leche evaporada diluida, “Si” es 5p, “Tal vez sí” es 4p, “dudo” es 3p, “tal vez no” es 2p y “no” es 1p. Siendo “Si” la respuesta más correcta					
17	Frente a la posibilidad de reinsertar el diente en el sitio de donde se salió, la respuesta “Si” es 5p, “Tal vez sí” es 4p, “dudo” es 3p, “tal vez no” es 2p y “no” es 1p. Siendo “Si” la respuesta más correcta					
18	Frente a la posibilidad de llevar a la accidentada al dentista, la respuesta “Si” es 5p, “Tal vez sí” es 4p, “dudo” es 3p, “tal vez no” es 2p y “no” es 1p. Siendo “Si” la respuesta más correcta					

Puntuación:

	De 18 a 36: No válido, reformular
	De 37 a 54: No válido, modificar
	De 55 a 72: Válido, mejorar
	De 73 a 90: Válido, aplicar

Recomendación:

.....

.....

.....

.....

Apellidos y Nombres	
Grado Académico	
Mención	

.....
Firma

ANEXO 4

Cuadro 24. Proporción de respuestas correctas e incorrectas de los médicos en nivel de información obtenidos después de aplicar el cuestionario

		Porcentaje	Frecuencia
Concepto de avulsión	INCORRECTO	44,9%	40
	CORRECTO	55,1%	49
Búsqueda del diente avulsionado	INCORRECTO	32,6%	29
	CORRECTO	67,4%	60
Lugar y especialista adecuado	INCORRECTO	11,2%	10
	CORRECTO	88,8%	79
Piezas dentarias más propensas	INCORRECTO	62,9%	56
	CORRECTO	37,1%	33
Factores de riesgo	INCORRECTO	46,1%	41
	CORRECTO	53,9%	48
Tiempo de atención	INCORRECTO	73,0%	65
	CORRECTO	27,0%	24
Acondicionamiento del diente	INCORRECTO	66,3%	59
	CORRECTO	33,7%	30
Transporte del diente	INCORRECTO	89,9%	80
	CORRECTO	10,1%	9
Líquido para lavar	INCORRECTO	92,1%	82
	CORRECTO	7,9%	7
Líquido para transportar	INCORRECTO	95,5%	85
	CORRECTO	4,5%	4

Cuadro 25. Proporción de respuestas de actitud de los médicos ante el primer caso de avulsión dentaria obtenidos después de aplicar el cuestionario

		Porcentaje	Frecuencia
¿Buscaría el diente desarticulado?	no	7,9%	7
	tal vez no	5,6%	5
	dudo	2,2%	2
	tal vez sí	21,3%	19
	sí	62,9%	56
¿Lo colocaría en un frasco con leche fresca?	no	46,1%	41
	tal vez no	5,6%	5
	dudo	14,6%	13
	tal vez sí	19,1%	17
	sí	14,6%	13
¿Intentaría reinsertar el diente?	no	64,0%	57
	tal vez no	4,5%	4
	dudo	10,1%	9
	tal vez sí	12,4%	11
	sí	9,0%	8
¿Coordina para llevarlo el dentista?	no	0,0%	0
	tal vez no	1,1%	1
	dudo	0,0%	0
	tal vez sí	3,4%	3
	sí	95,5%	85

Cuadro 26. Proporción de respuestas de actitud de los médicos ante el segundo caso de avulsión dentaria obtenidos después de aplicar el cuestionario

		Porcentaje	Frecuencia
¿Recogería el diente con cuidado?	no	9,0%	8
	tal vez no	1,1%	1
	dudo	2,2%	2
	tal vez sí	18,0%	16
	sí	69,7%	62
¿Lo colocaría en un frasco con leche evaporada diluida?	no	42,7%	38
	tal vez no	13,5%	12
	dudo	13,5%	12
	tal vez sí	18,0%	16
	sí	12,4%	11
¿Reinsertaría el diente?	no	64,0%	57
	tal vez no	5,6%	5
	dudo	13,5%	12
	tal vez sí	5,6%	5
	sí	11,2%	10
¿La llevaría al dentista?	no	0,0%	0
	tal vez no	0,0%	0
	dudo	0,0%	0
	tal vez sí	4,5%	4
	sí	95,5%	85

Cuadro 27. Proporción de puntajes totales de los médicos en nivel de información obtenidos después de aplicar el cuestionario

Puntajes de Información			
		Frecuencia	Porcentaje
Puntajes	2	2	2,2
	4	12	13,5
	6	25	28,1
	8	20	22,5
	10	22	24,7
	12	6	6,7
	16	2	2,2
	Total	89	100,0

Cuadro 28. Proporción de puntajes totales de los médicos en actitud ante el primer caso de avulsión dentaria obtenidos después de aplicar el cuestionario

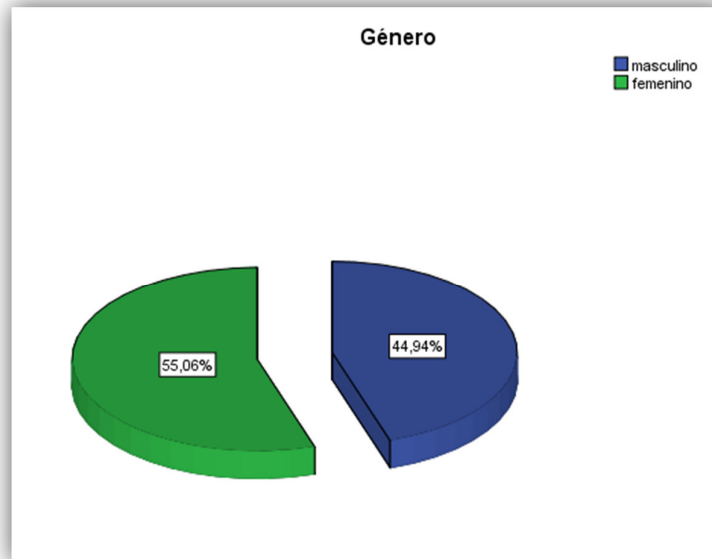
Puntajes Actitud 1			
		Frecuencia	Porcentaje
Puntajes	8	5	5,6
	9	4	4,5
	10	2	2,2
	11	6	6,7
	12	24	27,0
	13	4	4,5
	14	8	9,0
	15	10	11,2
	16	9	10,1
	17	6	6,7
	18	6	6,7
	19	1	1,1
	20	4	4,5
	Total	89	100,0

Cuadro 29. Proporción de puntajes totales de los médicos en actitud ante el segundo caso de avulsión dentaria obtenidos después de aplicar el cuestionario

Puntajes Actitud 2			
		Frecuencia	Porcentaje
Puntajes	8	8	9,0
	9	2	2,2
	10	1	1,1
	11	4	4,5
	12	27	30,3
	13	4	4,5
	14	8	9,0
	15	6	6,7
	16	15	16,9
	17	4	4,5
	18	3	3,4
	19	2	2,2
	20	5	5,6
	Total	89	100,0

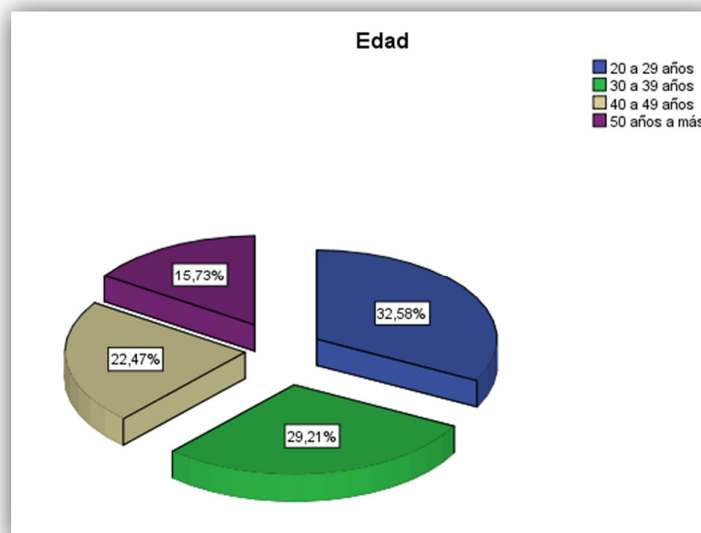
ANEXO 5

Fig. 1 Proporción de médicos de acuerdo a género



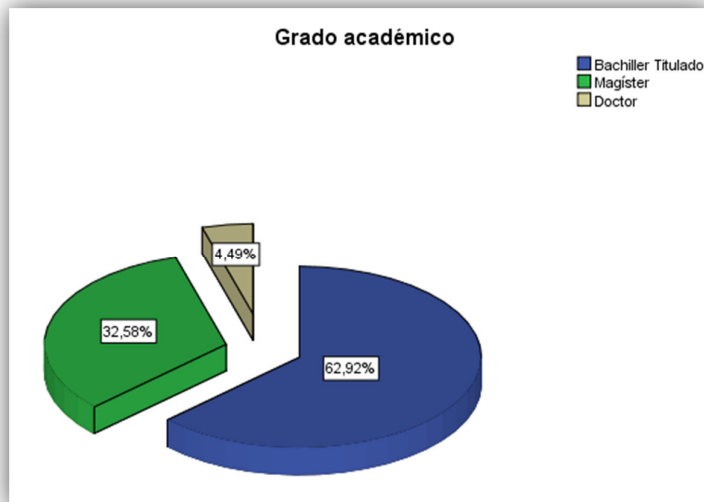
El número de encuestados fue predominantemente femenino con un 55,06% del total de encuestados

Fig. 2 Proporción de médicos de acuerdo a edad



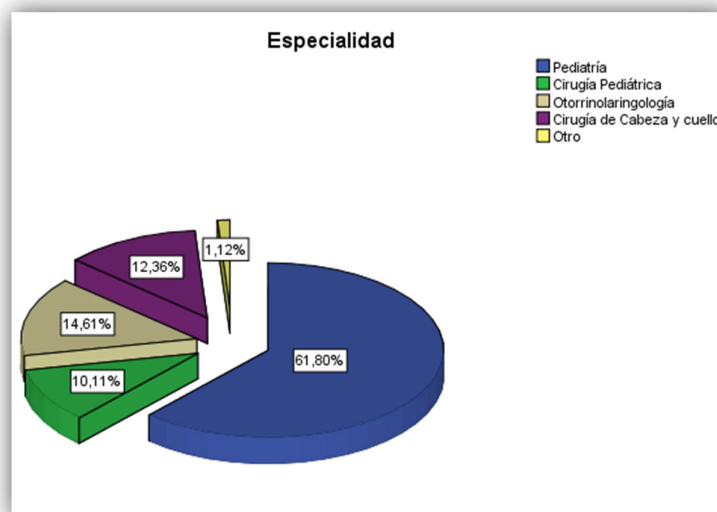
Hubo una mayor proporción de médicos con edades de 20 a 29 años con un 32,58% del total de encuestados

Fig. 3 Proporción de médicos de acuerdo a grado académico



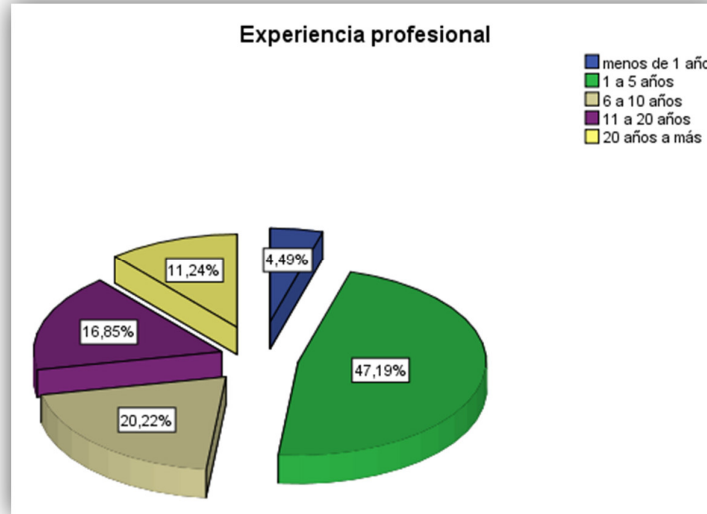
Hubo una mayor proporción de médicos con grado académico bachiller titulado con un 62,92% del total de encuestados

Fig. 4 Proporción de médicos de acuerdo a especialidad



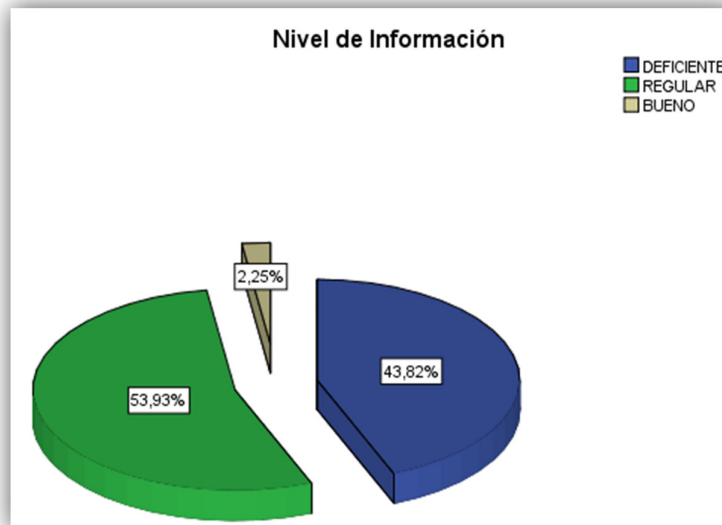
Hubo un mayor número de médicos encuestados en la especialidad de Pediatría con un 61,8% del total de encuestados

Fig. 5 Proporción de médicos de acuerdo a experiencia profesional



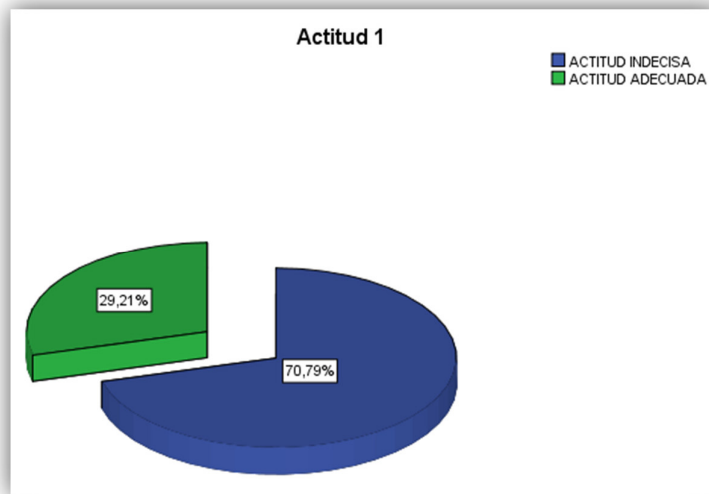
Predominantemente los médicos encuestados tuvieron una experiencia profesional de 1 a 5 años con un 47,19% del total de encuestados

Fig. 6 Proporción de médicos de acuerdo a su nivel de información



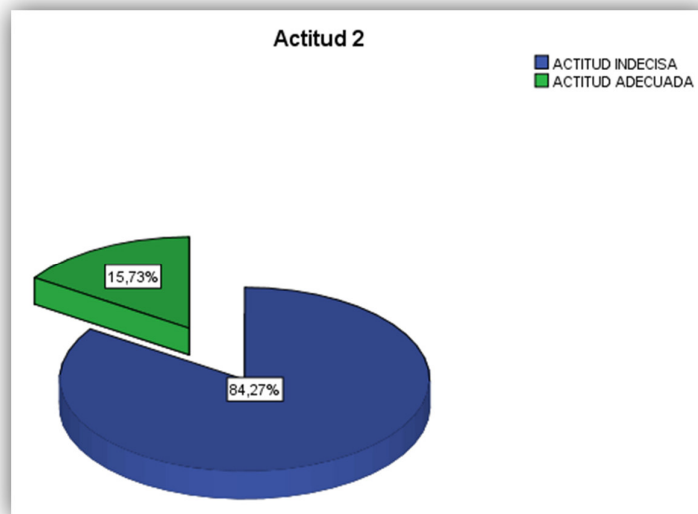
El nivel de información de los médicos fue predominantemente regular con un 53,93% del total de encuestados

Fig. 7 Proporción de médicos de acuerdo a su actitud ante el primer caso de avulsión dentaria



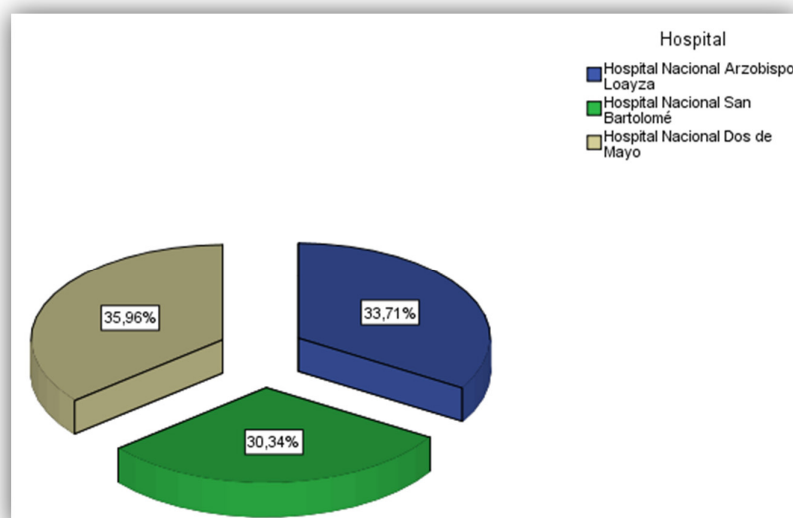
La actitud de los médicos fue predominantemente indecisa con un 79,79% del total de encuestados

Fig. 8 Proporción de médicos de acuerdo a su actitud ante el segundo caso de avulsión dentaria



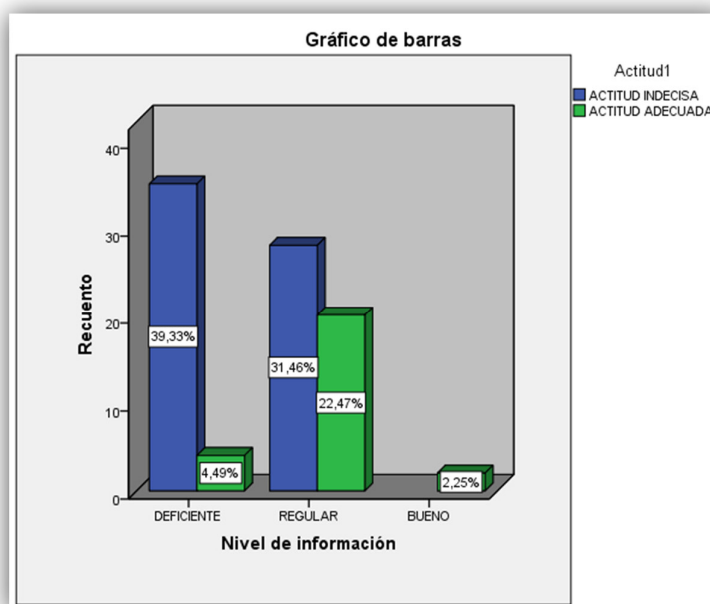
La actitud de los médicos fue predominantemente indecisa con un 84,27% del total de encuestados

Fig. 9 Distribución de los médicos participantes por hospital



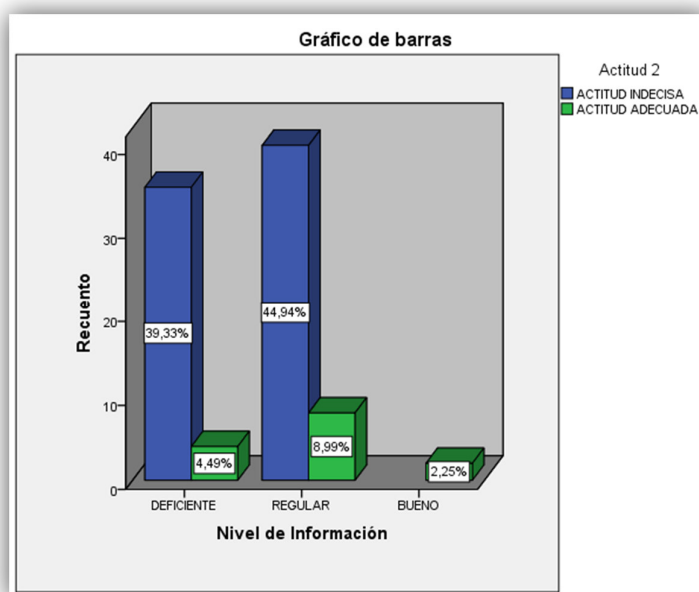
El número de médicos por hospital fue casi proporcional

Fig. 10 Nivel de información vs Actitud 1



El nivel de información de los médicos fue predominantemente regular con una actitud indecisa

Fig. 11 Nivel de información vs Actitud 2



El nivel de información de los médicos fue predominantemente regular con una actitud indecisa

ANEXO 6

VALIDEZ DEL INSTRUMENTO

CUESTIONARIO

"INFORMACIÓN Y ACTITUD DE LOS MÉDICOS DE HOSPITALES NIVEL III-1 DEL CERCAJO DE LIMA SOBRE MANEJO INMEDIATO DE AVULSIONES DENTARIAS EN NIÑOS"

Responsable: HÉCTOR MIGUEL CANTURINI COLMENARES

Indicación: Señor especialista se le pide su colaboración para que luego de un riguroso análisis de los ítems del cuestionario que se le muestra, marque con un aspa el casillero que cree conveniente de acuerdo a su criterio y experiencia profesional, denotando si cuenta o no cuenta con los requisitos mínimos de formulación para su posterior aplicación

NOTA: Para cada pregunta se considera la escala de 1 a 5 donde:

1.-Muy Poco	2.- Poco	3.- Regular	4.- Aceptable	5.- Muy Aceptable
-------------	----------	-------------	---------------	-------------------

N°	ITEMS	PUNTAJES				
		1	2	3	4	5
1	La avulsión dentaria es la completa desarticulación de uno o más dientes del hueso alveolar por un periodo de tiempo					X
2	Los dientes avulsionados deberían buscarse en el lugar del accidente porque existen procedimientos para reinsertarlo en su lugar, debería evitar perderse la pieza dentaria					X
3	Los casos de piezas dentarias avulsionadas deberían derivarse preferentemente al odontólogo, antes que algún centro pediátrico o alguna clínica u hospital					X
4	Según datos epidemiológicos, los incisivos centrales superiores son las piezas dentarias más propensas a traumatismos seguidos por los incisivos laterales superiores					X
5	Factores socioeconómicos y educación de la madre están directamente relacionados con las avulsiones dentarias según investigaciones. La mordida abierta, incompetencia labial y otras también se encuentran relacionadas					X
6	El límite de desecación tolerable para que un diente avulsionado no sufra resorción radicular fluctúa entre 20 a 30 minutos. Durante este periodo debería buscarse atención inmediata					X
7	La pieza avulsionada debería de lavarse cogiéndose con cuidadosamente de la corona sin tocar la raíz y evitar el daño a células del ligamento periodontal					X
8	Según el protocolo de manejo inmediato de avulsiones dentarias para personas inexpertas el diente avulsionado debería transportarse en la boca del niño o en algún frasco con algún líquido					X
9	La leche, por su aporte de nutrientes y el suero fisiológico por su regulación osmótica son las sustancias de elección para lavar la pieza dentaria avulsionada, aunque también podría lavarse con agua potable para su descontaminación					X
10	La leche, por su aporte de nutrientes y el suero fisiológico por su regulación osmótica son las sustancias de elección para transportar la pieza dentaria avulsionada					X
11	Frente a la posibilidad de buscar el diente avulsionado en el área donde se cayó, la respuesta "Si" es 5p, "Tal vez si" es 4p, "dudo" es 3p, "tal vez no" es 2p y "no" es 1p. Siendo "Si" la respuesta más correcta					X
12	Frente a la posibilidad de colocarlo en un frasco con leche fresca, la respuesta "Si" es 5p, "Tal vez si" es 4p, "dudo" es 3p, "tal vez no" es 2p y "no" es 1p. Siendo "Si" la respuesta más correcta					X
13	Frente a la posibilidad de reinsertar el diente en el sitio de donde se salió, la respuesta "Si" es 5p, "Tal vez si" es 4p, "dudo" es 3p, "tal vez no" es 2p y "no" es 1p. Siendo "Si" la respuesta más correcta					X
14	Frente a la posibilidad de coordinar con los padres para llevar al niño al dentista, la respuesta "Si" es 5p, "Tal vez si" es 4p, "dudo" es 3p, "tal vez no" es 2p y "no" es 1p. Siendo "Si" la respuesta más correcta					X
15	Frente a la posibilidad de recoger el diente avulsionado con cuidado para no dañar la raíz, la respuesta "Si" es 5p, "Tal vez si" es 4p, "dudo" es 3p, "tal vez no" es 2p y "no" es 1p. Siendo "Si" la respuesta más correcta					X
16	Frente a la posibilidad de colocar el diente avulsionado en un frasco con leche evaporada diluida, "Si" es 5p, "Tal vez si" es 4p, "dudo" es 3p, "tal vez no" es 2p y "no" es 1p. Siendo "Si" la respuesta más correcta					X
17	Frente a la posibilidad de reinsertar el diente en el sitio de donde se salió, la respuesta "Si" es 5p, "Tal vez si" es 4p, "dudo" es 3p, "tal vez no" es 2p y "no" es 1p. Siendo "Si" la respuesta más correcta					X
18	Frente a la posibilidad de llevar a la accidentada al dentista, la respuesta "Si" es 5p, "Tal vez si" es 4p, "dudo" es 3p, "tal vez no" es 2p y "no" es 1p. Siendo "Si" la respuesta más correcta					X


Puntuación:

<input type="checkbox"/>	De 18 a 36: No válido, reformular
<input type="checkbox"/>	De 37 a 54: No válido, modificar
<input type="checkbox"/>	De 55 a 72: Válido, mejorar
<input checked="" type="checkbox"/>	De 73 a 90: Válido, aplicar

Recomendación:

..... El instrumento está listo para aplicar.
.....
.....
.....

Apellidos y Nombres	Medina Calderón Kata Luz
Grado Académico	Graduado Dentista
Mención	


Firma

VALIDEZ DEL INSTRUMENTO

CUESTIONARIO

"INFORMACIÓN Y ACTITUD DE LOS MÉDICOS DE HOSPITALES NIVEL III-1 DEL CERCADO DE LIMA SOBRE MANEJO INMEDIATO DE AVULSIONES DENTARIAS EN NIÑOS"

Responsable: HÉCTOR MIGUEL CANTURINI COLMENARES

Indicación: Señor especialista se le pide su colaboración para que luego de un riguroso análisis de los ítems del cuestionario que se le muestra, marque con un aspa el casillero que cree conveniente de acuerdo a su criterio y experiencia profesional, denotando si cuenta o no cuenta con los requisitos mínimos de formulación para su posterior aplicación

NOTA: Para cada pregunta se considera la escala de 1 a 5 donde:

1.-Muy Poco	2.- Poco	3.- Regular	4.- Aceptable	5.- Muy Aceptable
-------------	----------	-------------	---------------	-------------------

N°	ITEMS	PUNTAJES				
		1	2	3	4	5
1	La avulsión dentaria es la completa desarticulación de uno o más dientes del hueso alveolar por un periodo de tiempo					X
2	Los dientes avulsionados deberían buscarse en el lugar del accidente porque existen procedimientos para reinsertarlo en su lugar, debería evitar perderse la pieza dentaria					X
3	Los casos de piezas dentarias avulsionadas deberían derivarse preferentemente al odontólogo, antes que algún centro pediátrico o alguna clínica u hospital					X
4	Según datos epidemiológicos, los incisivos centrales superiores son las piezas dentarias más propensas a traumatismos seguidos por los incisivos laterales superiores					X
5	Factores socioeconómicos y educación de la madre están directamente relacionados con las avulsiones dentarias según investigaciones. La mordida abierta, incompetencia labial y otras también se encuentran relacionadas				X	
6	El límite de desecación tolerable para que un diente avulsionado no sufra resorción radicular fluctúa entre 20 a 30 minutos. Durante este periodo debería buscarse atención inmediata					X
7	La pieza avulsionada debería de lavarse cogiéndose con cuidadosamente de la corona sin tocar la raíz y evitar el daño a células del ligamento periodontal					X
8	Según el protocolo de manejo inmediato de avulsiones dentarias para personas inexpertas el diente avulsionado debería transportarse en la boca del niño o en algún frasco con algún líquido					X
9	La leche, por su aporte de nutrientes y el suero fisiológico por su regulación osmótica son las sustancias de elección para lavar la pieza dentaria avulsionada, aunque también podría lavarse con agua potable para su descontaminación					X
10	La leche, por su aporte de nutrientes y el suero fisiológico por su regulación osmótica son las sustancias de elección para transportar la pieza dentaria avulsionada					X
11	Frente a la posibilidad de buscar el diente avulsionado en el área donde se cayó, la respuesta "Si" es 5p, "Tal vez si" es 4p, "dudo" es 3p, "tal vez no" es 2p y "no" es 1p. Siendo "Si" la respuesta más correcta					X
12	Frente a la posibilidad de colocarlo en un frasco con leche fresca, la respuesta "Si" es 5p, "Tal vez si" es 4p, "dudo" es 3p, "tal vez no" es 2p y "no" es 1p. Siendo "Si" la respuesta más correcta					X
13	Frente a la posibilidad de reinsertar el diente en el sitio de donde se salió, la respuesta "Si" es 5p, "Tal vez si" es 4p, "dudo" es 3p, "tal vez no" es 2p y "no" es 1p. Siendo "Si" la respuesta más correcta					X
14	Frente a la posibilidad de coordinar con los padres para llevar al niño al dentista, la respuesta "Si" es 5p, "Tal vez si" es 4p, "dudo" es 3p, "tal vez no" es 2p y "no" es 1p. Siendo "Si" la respuesta más correcta					X
15	Frente a la posibilidad de recoger el diente avulsionado con cuidado para no dañar la raíz, la respuesta "Si" es 5p, "Tal vez si" es 4p, "dudo" es 3p, "tal vez no" es 2p y "no" es 1p. Siendo "Si" la respuesta más correcta				X	
16	Frente a la posibilidad de colocar el diente avulsionado en un frasco con leche evaporada diluida, "Si" es 5p, "Tal vez si" es 4p, "dudo" es 3p, "tal vez no" es 2p y "no" es 1p. Siendo "Si" la respuesta más correcta					X
17	Frente a la posibilidad de reinsertar el diente en el sitio de donde se salió, la respuesta "Si" es 5p, "Tal vez si" es 4p, "dudo" es 3p, "tal vez no" es 2p y "no" es 1p. Siendo "Si" la respuesta más correcta					X
18	Frente a la posibilidad de llevar a la accidentada al dentista, la respuesta "Si" es 5p, "Tal vez si" es 4p, "dudo" es 3p, "tal vez no" es 2p y "no" es 1p. Siendo "Si" la respuesta más correcta					X

Puntuación:

<input type="checkbox"/>	De 18 a 36: No válido, reformular
<input type="checkbox"/>	De 37 a 54: No válido, modificar
<input type="checkbox"/>	De 55 a 72: Válido, mejorar
<input checked="" type="checkbox"/>	De 73 a 90: Válido, aplicar

Recomendación:


.....

.....

.....

.....

Apellidos y Nombres	Palacios Alva Elmo Sigifredo
Grado Académico	Magister
Mención	Investigación y Docencia Univ. P.R.

 Firma

cop 7699.

VALIDEZ DEL INSTRUMENTO

CUESTIONARIO

“INFORMACIÓN Y ACTITUD DE LOS MÉDICOS DE HOSPITALES NIVEL III-1 DEL CERCADO DE LIMA SOBRE MANEJO INMEDIATO DE AVULSIONES DENTARIAS EN NIÑOS”

Responsable: HÉCTOR MIGUEL CANTURINI COLMENARES

Indicación: Señor especialista se le pide su colaboración para que luego de un riguroso análisis de los ítems del cuestionario que se le muestra, marque con un aspa el casillero que cree conveniente de acuerdo a su criterio y experiencia profesional, denotando si cuenta o no cuenta con los requisitos mínimos de formulación para su posterior aplicación

NOTA: Para cada pregunta se considera la escala de 1 a 5 donde:

1.-Muy Poco	2.- Poco	3.- Regular	4.- Aceptable	5.- Muy Aceptable
-------------	----------	-------------	---------------	-------------------

N°	ITEMS	PUNTAJES				
		1	2	3	4	5
1	La avulsión dentaria es la completa desarticulación de uno o más dientes del hueso alveolar por un periodo de tiempo					X
2	Los dientes avulsionados deberían buscarse en el lugar del accidente porque existen procedimientos para reinsertarlo en su lugar, debería evitar perderse la pieza dentaria					X
3	Los casos de piezas dentarias avulsionadas deberían derivarse preferentemente al odontólogo, antes que algún centro pediátrico o alguna clínica u hospital					X
4	Según datos epidemiológicos, los incisivos centrales superiores son las piezas dentarias más propensas a traumatismos seguidos por los incisivos laterales superiores					X
5	Factores socioeconómicos y educación de la madre están directamente relacionados con las avulsiones dentarias según investigaciones. La mordida abierta, incompetencia labial y otras también se encuentran relacionadas					X
6	El límite de desecación tolerable para que un diente avulsionado no sufra resorción radicular fluctúa entre 20 a 30 minutos. Durante este periodo debería buscarse atención inmediata					X
7	La pieza avulsionada debería de lavarse cogiéndose con cuidadosamente de la corona sin tocar la raíz y evitar el daño a células del ligamento periodontal					X
8	Según el protocolo de manejo inmediato de avulsiones dentarias para personas inexpertas el diente avulsionado debería transportarse en la boca del niño o en algún frasco con algún líquido					X
9	La leche, por su aporte de nutrientes y el suero fisiológico por su regulación osmótica son las sustancias de elección para lavar la pieza dentaria avulsionada, aunque también podría lavarse con agua potable para su descontaminación					X
10	La leche, por su aporte de nutrientes y el suero fisiológico por su regulación osmótica son las sustancias de elección para transportar la pieza dentaria avulsionada					X
11	Frente a la posibilidad de buscar el diente avulsionado en el área donde se cayó, la respuesta “Si” es 5p, “Tal vez sí” es 4p, “dudo” es 3p, “tal vez no” es 2p y “no” es 1p. Siendo “Si” la respuesta más correcta					X
12	Frente a la posibilidad de colocarlo en un frasco con leche fresca, la respuesta “Si” es 5p, “Tal vez sí” es 4p, “dudo” es 3p, “tal vez no” es 2p y “no” es 1p. Siendo “Si” la respuesta más correcta					X
13	Frente a la posibilidad de reinsertar el diente en el sitio de donde se salió, la respuesta “Si” es 5p, “Tal vez sí” es 4p, “dudo” es 3p, “tal vez no” es 2p y “no” es 1p. Siendo “Si” la respuesta más correcta					X
14	Frente a la posibilidad de coordinar con los padres para llevar al niño al dentista, la respuesta “Si” es 5p, “Tal vez sí” es 4p, “dudo” es 3p, “tal vez no” es 2p y “no” es 1p. Siendo “Si” la respuesta más correcta					X
15	Frente a la posibilidad de recoger el diente avulsionado con cuidado para no dañar la raíz, la respuesta “Si” es 5p, “Tal vez sí” es 4p, “dudo” es 3p, “tal vez no” es 2p y “no” es 1p. Siendo “Si” la respuesta más correcta					X
16	Frente a la posibilidad de colocar el diente avulsionado en un frasco con leche evaporada diluida, “Si” es 5p, “Tal vez sí” es 4p, “dudo” es 3p, “tal vez no” es 2p y “no” es 1p. Siendo “Si” la respuesta más correcta					X
17	Frente a la posibilidad de reinsertar el diente en el sitio de donde se salió, la respuesta “Si” es 5p, “Tal vez sí” es 4p, “dudo” es 3p, “tal vez no” es 2p y “no” es 1p. Siendo “Si” la respuesta más correcta					X
18	Frente a la posibilidad de llevar a la accidentada al dentista, la respuesta “Si” es 5p, “Tal vez sí” es 4p, “dudo” es 3p, “tal vez no” es 2p y “no” es 1p. Siendo “Si” la respuesta más correcta					X

Puntuación:

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

De 18 a 36: No válido, reformular

De 37 a 54: No válido, modificar

De 55 a 72: Válido, mejorar

De 73 a 90: Válido, aplicar

Recomendación:

.....

.....

.....

.....

Apellidos y Nombres	Alvarez Paiz, Monte A.
Grado Académico	Doctor
Mención	Especialidad

 Firma



PERÚ

Ministerio
de Salud

Instituto Nacional
de Salud del Niño

"Año de la Promoción de Diversificación Productiva
y del Fortalecimiento de la Educación"

Lima, 09 de setiembre del 2015

OFICIO N° 01386-CEI-INSN-2015

Señor
Héctor Miguel CANTURINI COLMENARES
Investigador Principal del proyecto E-25/15

De mi consideración:

Es grato dirigirme a Ud. para saludarlo cordialmente y, asimismo, hacer de su conocimiento la opinión del CEI con relación al proyecto **E-25/15** titulado: "Relación entre el conocimiento y la actitud de los médicos de hospitales nivel III-1 del Cercado de Lima sobre manejo inmediato de avulsiones dentarias en niños".

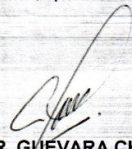
El Comité de Ética en Investigación del INSN, aprueba el proyecto de investigación.

La vigencia de esta aprobación es desde el 09 de setiembre del 2015 al 09 de setiembre del 2016.

Los trámites para su renovación deberán iniciarse 30 días antes de su vencimiento.

Sin otro particular, quedo de Ud.,

Atentamente,


Dr. Gamaniel R. GUEVARA CHACABANA
Presidente del Comité de Ética en Investigación,
Instituto Nacional de Salud del Niño.

www.isn.gob.pe

Av. Brasil 600
Breña, Lima 5, Perú
T(511) 330-0066



PERÚ

Ministerio
de Salud

Instituto de Gestión
de Servicios de Salud

Instituto Nacional de
Salud del Niño - Breña

*"Año de la Diversificación Productiva y del Fortalecimiento de
la Educación"*

MEMORANDO N°1356-OEAIDE-INSN-2015

Lima, 28 de setiembre 2015

A : **HÉCTOR MIGUEL CANTURINI COLMENARES**
Investigador Principal

Asunto: APROBACIÓN DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN E-25/15

Me dirijo a usted para saludarle cordialmente y vez comunicarle que esta Oficina ha aprobado el Proyecto de Investigación titulado:

**"RELACIÓN ENTRE EL CONOCIMIENTO Y LA ACTITUD DE LOS
MÉDICOS DE HOSPITALES NIVEL III-1 DEL CERCADO DE LIMA
SOBRE EL MANEJO INMEDIATO DE AVULSIONES DENTARIAS EN
NIÑOS"**

Dicho proyecto ha sido registrado con el código E-25/15, autorizándose el inicio de su ejecución.

De acuerdo a la normatividad vigente, como investigador principal, usted tiene la obligación de presentar 01 informe de avance cada 6 meses y el informe final del estudio realizado a esta Oficina, que será muy útil como referencia para futuras investigaciones.

Atentamente,

MINISTERIO DE SALUD
INSTITUTO DE GESTIÓN DE SERVICIOS DE SALUD
INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO

.....
B. PATRICIA FERNÁNDEZ JOHNSTON
C.M.P. 19854
Directora de la Oficina Ejecutiva de Apoyo a
la Investigación y Atención Especializada

BPF/JASP/Yolanda F.
C.c. Archivo



PERÚ

Ministerio
de Salud

Instituto de Gestión de
Servicios de Salud

Hospital Nacional
Arzobispo Loayza

DIRECCIÓN GENERAL

Lima, 07 de Enero del 2016

OFICIO N° 0026 - HNAL-DG-2016

Bachiller.

HECTOR MIGUEL CANTURINI COLMENARES

Investigador Principal.

Presente.-

Ref.: Aprobación de Proyecto de Tesis
Expediente N° 028646-2016

De mi mayor consideración:

Me dirijo a Usted para saludarlo cordialmente y acusar recibo de vuestra solicitud de autorización para ejecución del Proyecto de Tesis, titulado: **"Información y actitud de los médicos de hospitales nivel III-1 del Cercado de Lima sobre manejo inmediato de avulsiones dentarias en niños"**.

Al respecto le informamos que teniendo la opinión favorable del Comité de Ética en Investigación del INSN (Oficio N° 01386-CEI-INSN-2015, Con fecha 09 de Septiembre del 2015); de la Dirección Académica de la Facultad de Odontología - UNMSM (Oficio N° 023/FO-DAC-AYOE/2015, con fecha 07 de Abril del 2015); de la Jefatura del Departamento de Estomatología de nuestra Institución y de la Oficina de Apoyo a la Docencia e Investigación (MEMORANDUM N° 005 -16/HNAL-OADEI-2016, Con fecha 07 de Enero del 2016), esta Dirección autoriza la realización del Proyecto de Tesis antes mencionado.

Así mismo el mencionado proyecto estará bajo la asesoría y supervisión del **Dr. ROBERTO LAYNES ALMEIDA** - Médico Asistente del Servicio de Estomatología, de nuestra Institución.

Se le informa que la vigencia de esta aprobación es por el período de un año a partir de la fecha, luego de lo cual de ser necesario, tendría que solicitar una renovación de Extensión de Tiempo y que los trámites deben realizarse dos meses antes de su vencimiento.

Sin otro particular, hago propicia la oportunidad para expresarle mi especial consideración.

Muy Atentamente,

MINISTERIO DE SALUD
Instituto de Gestión de Servicios de Salud
Hospital Nacional "Arzobispo Loayza"

Dr. LUIS YINGHERD GARCIA BERNAL
CAMP Nro. 26742
Director General

LYGB/JMCCB/
Lizet P.
C.C. Archivo

www.hospitalloayza.gob.pe

Av. Alfonso Ugarte N°848
Lima - Perú
T (511) 433-2411 / 614-4646



PERU

Ministerio de
Salud

INSTITUTO DE GESTIÓN
DE SERVICIOS DE SALUD

Hospital Nacional Docente Madre Niño "San
Bartolomé

“Año de la Diversificación Productiva y del Fortalecimiento de la Educación”

Lima, 21 de diciembre del 2015

OFICIO N° 0771 -OADI-UI- HONADOMANI-SB-2015

HÉCTOR MIGUEL CANTURINI COLMENARES

Investigadora Principal

Presente.-

Referencia.- Exp. 18207-15

Tenemos el agrado de saludar a usted, con la finalidad de responder al documento de la referencia sobre el pedido de revisión y aprobación del proyecto de investigación Titulado:

INFORMACIÓN Y ACTITUD DE LOS MÉDICOS DE HOSPITALES NIVEL III-1 DEL CERCADO DE LIMA SOBRE MANEJO INMEDIATO DE AVULSIONES DENTARIAS EN NIÑOS.

Al respecto, la Dirección General, la Oficina de Apoyo a la Docencia e Investigación, debe indicar que el estudio ha sido APROBADO.

Nos es propicia la oportunidad para renovar los sentimientos de nuestra mayor consideración.

Atentamente

INSTITUTO DE GESTIÓN DE SERVICIO DE SALUD
HONADOMANI SAN BARTOLOMÉ

Dr. EDY VERA LOYOLA
Jefe de la Oficina de Apoyo a la Docencia e Investigación



PERÚ

Ministerio
de Salud

Instituto de Gestión
de Servicios de Salud

Hospital Nacional
"Dos de mayo"

"AÑO DE LA CONSOLIDACION DEL
MAR DE GRAU"

CARTA Nº 0 197 - 2016 -OACDI-HNDM

Lima, 18 de marzo 2016

Bachiller:

HECTOR MIGUEL CANTURINI COLMENARES

Investigador Principal

Presente.-

ASUNTO : AUTORIZACIÓN Y APROBACIÓN PARA REALIZAR ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN

REF. : REGISTRO 00598

De mi mayor consideración:

Es grato dirigirme a usted, para saludarle cordialmente y al mismo tiempo comunicarle que los Departamentos de Pediatría, Emergencia, Cuidados críticos y Cirugía Informan que no existe ningún inconveniente, para poder desarrollar el trabajo de investigación titulado:

INFORMACIÓN Y ACTITUD DE LOS MÉDICOS DE HOSPITALES NIVEL III-1 DEL CERCADO DE LIMA SOBRE MANEJO INMEDIATO DE AVULSIONES DENTARIAS EN NIÑOS

Siempre y cuando se cumpla con el compromiso (hoja adjunta), que deberá firmar en la oficina del Área de Investigación de este hospital.

Sin otro particular, me suscribo de usted

Atentamente,


MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL NACIONAL "DOS DE MAYO"

DR. JOHNNY RICARDO MORZAN DELGADO
C.M.P. 11971 R.N.E. 19950
Jefe de la Oficina de Apoyo a la Capacitación,
Docencia e Investigación

Carta Nº 035-AI
JRMD/eva



"Año de la Consolidación del Mar de Grau"

MEMORANDUM N° 041-2016-DPTO. ODONTOESTOMAT.-HNDM.

A : Dr. JOHNNY RICARDO MORZAN DELGADO
Jefe de la Oficina de Apoyo a la Capacitación, Docencia e Investigación

ASUNTO : Autorización de factibilidad de Trabajo de Investigación

REF. : MEMORANDUM N° 106-2016-OACDI-HNDM.

FECHA : Lima, 18 de Marzo del 2016

Tengo a bien dirigirme a usted, para comunicarle que es viable y factible la autorizar al Bachiller: HECTOR MIGUEL CANTURINI COLMENARES, para que realice en este en este Nosocomio el Estudio de Investigación: INFORMACIÓN Y ACTITUD DE LOS MEDICOS DE HOSPITALES NIVEL III-I DEL CERCADO DE LIMA SOBRE MANEJO INMEDIATO DE AVULSIONES DENTARIAS EN NIÑOS.

Es todo lo que informe a usted, para los fines pertinentes del caso.

Atentamente,

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL NACIONAL "DOS DE MAYO"
Dr. JUAN E. VASQUEZ IZQUIERDO
Jefe del Dpto. de Odontología
C.G.R. N° 12043 - RNE: N° 602

MINISTERIO DE SALUD
Hospital Nacional "Dos de Mayo"
Oficina de Apoyo a la Capacitación Docencia e Investigación
04 MAR 2016
RECEPCION
Área de Investigación
Firma:

CC: ADPTO. ODONTOL.
JEVI.

Investigación:		
Clave	Fecha	Firma
2	3/3/16	[Firma]

MINISTERIO DE SALUD
Hospital Nacional "Dos de Mayo"
Oficina de Apoyo a la Capacitación Docencia e Investigación
02 MAR 2016
RECEPCION
Hora: 9-10 Firma: [Firma]



Hospital Nacional "Dos de Mayo"
Dpto. de Cirugía General

"Decenio de las Personas con Discapacidad en el Perú"
"Año de la Consolidación del Mar de Grau"

MEMORANDO N° 137 - 2016-DC-HNDM

A : Dr. JOHNNY RICARDO MORZAN DELGADO
Directora de la Oficina de Apoyo a la
Capacitación Docencia e Investigación

ASUNTO : Opinión e Informe Trabajo de investigación

REF. : Memo N°108-2016-OACDI-HNDM

FECHA : Lima, 02 de febrero de 2016

En atención al documento de la referencia, cumplo con remitirle el trabajo de investigación titulado "INFORMACION Y ACTITUD DE LOS MEDICOS DE HOSPITALES NIVEL III - I DEL CERCADO DE LIMA SOBRE MANEJO INMEDIATO DE AVULSIONES DENTARIAS EN NIÑOS.

Asimismo informarle que esta Jefatura no tiene inconveniente en aceptar la solicitud del Bachiller Héctor Miguel Canturini Colmenares

Se adjunta documentos originales,

Atentamente,

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL NACIONAL "DOS DE MAYO"

Dra. MARIA VALCARCEL SALDAÑA
Jefe del Departamento de Cirugía
C.M.P. 10752 - R.N.E. 10451

MVS/aaa
c.c.: Archivo

Investigación:		
Clave	Fecha	Firma
2	3/2/16	

MINISTERIO DE SALUD
Hospital Nacional "Dos de Mayo"
Oficina de Apoyo a la Capacitación Docencia e Investigación

02 FEB 2016

RECEPCION

Hora: 2:05 Firma:



PERÚ

Ministerio
de Salud

Hospital Nacional
"Dos de Mayo"



"Año de la Consolidación del Mar de Grau"

MEMORANDO N° 176 -2016-DP-HNDM

A : Dr. Johnny MORZAN DELGADO
Jefe de la Oficina de Apoyo a la Capacitación,
Docencia e Investigación

ASUNTO : Sobre Informe de Factibilidad de Trabajo de
Investigación

REF. : Memo N°483-2016-OACDI-HNDM

FECHA : Lima, 14 de Marzo del 2016

Mediante el presente me dirijo a usted, en atención al documento en referencia, sobre la autorización al Bachiller Héctor Miguel CANTURINI COLMENARES, para realizar en este Nosocomio el Estudio de Investigación INFORMACIÓN Y ACTITUD DE LOS MEDICOS DE HOSPITALES NIVEL III-I DEL CERCADO DE LIMA SOBRE MANEJO INMEDIATO DE AVULSIONES DENTARIAS EN NIÑOS, al respecto la Jefatura de Pediatría, Emergencia y Cuidados Críticos no tiene inconveniente en aceptar lo solicitado por el recurrente.

Sin otro particular me suscribo de usted.

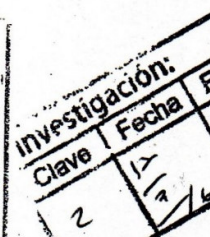
Atentamente,

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL NACIONAL "DOS DE MAYO"

Dra. Rosario KIYOHARA OKAMOTO

C.M.P. 25980 R.N.E. 2161

C.c. Jefe del Departamento de Pediatría
Inés * Secretaria





PERÚ

Ministerio
de Salud

Instituto de Gestión
Servicios de Salud

Hospital Nacional
"Dos de Mayo"

"Año de la consolidación del Mar de
Grau"

MEMORANDUM N°250-2016-DECC-HNDM

A : Dr. Johnny Ricardo MORZAN DELGADO
Jefe de la Oficina de Apoyo a la Docencia e Investigación

ASUNTO : Informe de Viabilidad y Factibilidad para realizar Trabajo de Investigación

REF. : MEMORANDO N°109-2016-OACDI-HNDM

FECHA : 01 de Febrero del 2016

Por este medio me dirijo a usted para saludarlo cordialmente y en atención al documento de la referencia, informarle que el proyecto **"Información y actitud de los médicos de hospitales nivel III-1 del Cercado de Lima sobre manejo inmediato de avulsiones dentarias en niños"**, presentado por el **Bachiller en Odontología Héctor Miguel Canturini Colmenares**, es viable y factible que pueda realizarse en el Servicio de Emergencia y Trauma Shock, siempre y cuando tenga el visto bueno de todos los Departamentos y Departamento de Odontoestomatología, considerando que se trata de la aplicación de una encuesta.

Se envía para su atención y tramite respectivo.

Atentamente,



MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL NACIONAL "DOS DE MAYO"

Dr. HENRY YUPANQUI CALDERÓN
Jefe del departamento de Emergencias y Cuidados Críticos
C.M.P. 39783 R.N.E. 19290

